Organizadoras
Luciane Cristina Feltrin de Oliveira | Maria Angela Alves do Nascimento

ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO

CAMINHOS ENTRE O LEGAL E O REAL

UEFS Editora

Acesso à saúde como direito: caminhos entre o legal e o real

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

OLIVEIRA, L. C. F., and NASCIMENTO, M. A. A., eds. *Acesso à saúde como direito*: caminhos entre o legal e o real [online]. Feira de Santana: UEFS Editora, 2024, 242 p. ISBN: 978-85-5592-172-8. https://doi.org/10.7476/9788555921728.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

Acesso à saúde como direito: caminhos entre o legal e o real

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

OLIVEIRA, L. C. F., and NASCIMENTO, M. A. A., eds. *Acesso à saúde como direito*: caminhos entre o legal e o real [online]. Feira de Santana: UEFS Editora, 2024, 242 p. ISBN: 978-85-5592-172-8. https://doi.org/10.7476/9788555921728.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO

CAMINHOS ENTRE O LEGAL E O REAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Amali de Angelis Mussi
Reitora

Evanilda Souza de Santana Carvalho
Vice-reitora

UEFS Editora

UEFS EDITORA

Murillo Almeida Cerqueira Campos
Diretor

Zenailda Novais
Coordenação Editorial

CONSELHO EDITORIAL
Abílio Souza Costa Neto
Ana Maria Carvalho dos Santos
Anderson de Souza Matos Gadéa
Antonio César Ferreira da Silva
Antônio Vieira de Andrade Neto
Caio Graco Machado Santos
Cremildo Atanazio de Souza
Marluce Alves Nunes Oliveira
Natival Almeida Simões Neto

Obra financiada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPPG/UEFS) através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (Capes)

CAPES

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado e Doutorado Acadêmico

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento
Organizadoras

ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO

CAMINHOS ENTRE O LEGAL E O REAL

Feira de Santana/Bahia
2024

Copyright © 2024 by Autores/Organizadores

Projeto gráfico e editoração eletrônica: Rodrigo Oyarzábal Schlabitz
Capa: Justino Neto
Revisão de provas: as organizadoras
Normalização bibliográfica: Bianca Rodrigues de Oliveira
Revisão textual: Flávia Rosa

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

A158 Acesso à saúde como direito: caminhos entre o legal e o real / Luciana Cristina Feltrin de Oliveira , Maria Angela Alves do Nascimento, organizadores. – Feira de Santana: UEFS Editora, 2024.
242p.: il.; 17,0 x 24,0 cm.

ISBN: 978-65-89524-71-7

1. Saúde. 2. Direito à saúde. 3. Saúde mental. I. Oliveira, Luciana Cristina Feltrin de, org. II. Nascimento, Maria Angela Alves do, org.

CDU: 614(81)
CDD: 614.0981

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695

Editora afiliada à

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

ASOCIACIÓN DE EDITORIALES UNIVERSITARIAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Todos os direitos desta edição reservados à UEFS Editora.
Av. Transnordestina, Novo Horizonte Campus da UEFS, CAU III
44.036-900 – Feira de Santana, BA
Telefone: (75) 3161-8380 E-mail: editora@uefs.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento

9

CAPÍTULO 1

DIREITO E ACESSO À SAÚDE:

ABORDAGENS TEÓRICAS DE UMA REALIDADE A SER CONQUISTADA

Luciane Cristina Feltrin Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento

11

CAPÍTULO 2

AÇÕES JUDICIAIS PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nathalia de Oliveira Silva
Kleize Araújo de Oliveira Souza

35

CAPÍTULO 3

DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇAS RARAS:

ANÁLISE JURISPRUDENCIAL EM FACE DAS DEMANDAS POR MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO SUS

Iraildes Andrade Juliano
Mariana da Silva Deutt Ferreira

67

CAPÍTULO 4

ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

CAMINHOS E DESCAMINHOS NO BRASIL

Matheus Almeida Marques
Silvânia Sales de Oliveira

107

CAPÍTULO 5

ESTRATÉGIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA COVID-19 PARA A PROMOÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Bianca de Oliveira Araújo
Lívia de Souza e Souza

139

CAPÍTULO 6

DIREITO DE ACESSO À SAÚDE E AOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL DAS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS

Mariana de Oliveira Araujo
Maria Angela Alves do Nascimento

161

CAPÍTULO 7

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS PÓS-EPIDEMIA

Irene do Nascimento Milcent
Juliana Alves Leite Leal Waleska

195

CAPÍTULO 8

(DES)ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

INFLUÊNCIA NO ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO

Juliana Alves Leite Leal
Vallesca Ihasmim Oliveira Chaves

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado do trabalho coletivo de docentes e discentes da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia. Nele constam resultados científicos produzidos a partir de atividades de pesquisa que, no decorrer de quatro anos, tem como temática central o **ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO EM SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE**.

As atividades de pesquisa estão inseridas no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, tendo sido provenientes do projeto **ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO EM SISTEMAS UNIVERSAIS**.

A formação de uma equipe multidisciplinar para a efetivação da pesquisa com professores de diversas áreas de saúde e a integração de discentes dos cursos de graduação de Medicina, Psicologia e Enfermagem da UEFS, oportunizou o crescimento de discentes e docentes enquanto pesquisadores e sujeitos da Saúde Coletiva.

Portanto, o objetivo desta coletânea é disponibilizar aos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos discentes e docentes da área de saúde, elementos que possibilitem visualizar e compreender a dinâmica do acesso à saúde enquanto direito no Brasil.

O livro está organizado em oito capítulos, sendo o primeiro resultado de uma reflexão teórica sobre a temática do acesso à saúde e seus dilemas, e os outros sete produzidos a partir de pesquisas de natureza qualitativa, descritivas e de revisão integrativa, todas oriundas de produções acadêmicas e científicas de discentes com seus orientadores.

Para tanto, disponibilizamos ao leitor uma coletânea de textos atuais e provenientes da realidade do acesso à saúde em diversas vertentes desde a saúde mental, tratamento de doenças raras e síndromes, que poderá ser capaz de provocar reflexões e de fomentar um debate ampliado sobre a realidade do acesso à saúde no Brasil.

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento
Organizadoras

CAPÍTULO 1

DIREITO E ACESSO À SAÚDE:
ABORDAGENS TEÓRICAS DE UMA REALIDADE A SER CONQUISTADA

Luciane Cristina Feltrin Oliveira
Maria Angela Alves do Nascimento

INTRODUÇÃO

Este capítulo faz uma análise teórica crítica e reflexiva sobre a construção histórica do direito à saúde no Brasil e no mundo, contextualizando as políticas sociais, a política de saúde e os sistemas de saúde, em atenção especial aos sistemas universais de saúde enquanto política de saúde em ação. Esta análise tem a intenção de embasar teoricamente a diversidade de estudos que serão descritos nos capítulos apresentados neste livro e para tal, escolhemos intencionalmente os sistemas universais de saúde da Inglaterra, denominado National Health System (NHS) por ser o primeiro sistema universal a ser criado em 1948 e imagem e exemplo para outros sistemas, inclusive para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, maior sistema público de saúde do mundo

Inicialmente, destacamos que entre os direitos fundamentais do ser humano, proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948), encontra-se o direito à saúde, considerado como ideal ou utopia a serem assumidos pelas nações. Porém, diante da sua legitimidade, os direitos humanos são utilizados de diferentes formas para a adoção de políticas sociais e econômicas por vários países do mundo.

DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE

Para Villas-Bôas (2014), os direitos humanos são caracterizados pela universalidade na qual a condição de pessoa é o requisito único para a dignidade e titularidade de direitos, com abrangência para todos os indivíduos da espécie humana, independente de nacionalidade, raça, sexo, credo ou convicção político-filosófica, sem discriminação, o que significa que as pessoas são iguais e devem ter as mesmas oportunidades.

Numa compreensão abrangente, Piovesan, Gotti e Martins (2009) caracterizam os direitos humanos pela indivisibilidade, porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e, quando um deles é violado, os demais também o são. Portanto, os direitos humanos são indispensáveis a qualquer Constituição que busque o respeito à dignidade humana.

No entanto, somente a partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, é que a saúde começa a ser reafirmada como um direito de todo ser humano. Porém, para Sampaio, Albuquerque e Vasconcellos (2013), o direito à saúde só se consolida, internacionalmente no Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC) de 1976, com o artigo 12, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) (1966) vincula-o definitivamente ao direito à vida, caracterizando-o como um direito humano.

Entretanto, o direito à saúde, muito embora esteja assegurado em diversos documentos internacionais e regionais, como PIDESC; a Declaração de Alma-Ata de 1978 (Organização Mundial de Saúde, 1978); a Declaração de Hamburgo II de 1997; as Diretrizes Internacionais de VIH/SIDA e direitos humanos de 2002; a Recomendação n° 24 de 1999 do Comitê para Eliminação da Discriminação contra as Mulheres principalmente em relação ao acesso à saúde; a Recomendação Geral n° 14 de 2000 elaborado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, concernente ao direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental; a Recomendação Geral nº 4, de 6 de junho de 2003 em relação ao direito das crianças, assim como em documentos regionais, particularmente no Brasil, enfatizado através da Constituição Federal de 1988, Lei n° 8.080/90 e, na Europa, a Carta de Direitos Fundamentais da

União Europeia de 2007, naturalmente, isso não implica na garantia de sua efetivação automática pelos países correspondentes.

Na verdade, um dos maiores desafios da atualidade é manter a coerência entre o direito posto e a realidade, pois sua efetivação dependerá da implementação de políticas sociais como educação e saúde, sendo a saúde um dos direitos inerentes à condição de cidadania.

Ao falarmos sobre o direito à saúde, frequentemente o associamos com o direito de acesso a cuidados de saúde; tal associação não está errada, porém o direito à saúde é mais abrangente e inclui uma série de aspectos que podem levar a uma vida saudável, dentre eles, o direito à água potável e ao saneamento básico, à nutrição adequada, à moradia, às condições de trabalho e do meio ambiente, direito à educação e à informação em saúde, e à igualdade de gênero e raça.

No entanto, para Dallari (1988), a saúde como direito detém aspectos individuais e sociais. Sob a ótica individual, precisa privilegiar a liberdade, ou seja, as pessoas são livres para escolher o tipo de relação que querem ter com o meio ambiente e o estilo de vida, as condições de trabalho e, quando doentes, que tratamento querem receber.

Evidentemente que a efetiva liberdade necessária para o direito à saúde, enquanto direito subjetivo, depende dos determinantes sociais, econômicos e políticos e da maturidade do Estado Democrático de Direito, entendido aqui como um Estado que busca superar o simples estado de direito concebido pelo liberalismo, garantindo não somente a proteção aos direitos de propriedade, mas também, uma variedade de garantias fundamentais, baseadas no chamado "Princípio da Dignidade Humana", visto que todos têm a mesma liberdade para as escolhas, mas nem sempre podem fazer "boas" escolhas ou até, alguma escolha, diante de barreiras financeiras, sociais e educacionais, levando, quase sempre, às desigualdades sociais

Essas desigualdades sociais, principalmente as desigualdades de distribuição de renda, têm impacto negativo afetando diretamente a situação de saúde das populações, principalmente pelo desgaste do capital social das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Entretanto, Carvalho e Buss (2012) justificam que essa debilidade dos laços de coesão social é ocasionada pelas desigualdades de renda, implicando em baixos níveis de capital social e de participação política. Uma realidade que

é traduzida nos países com desigualdades de renda, baixo nível de coesão social e escassa participação política, pois são eles os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Diante desse contexto, o Estado Democrático de Direito tem como uma de suas finalidades a correção das desigualdades sociais, a promoção da inclusão, a participação e a garantia aos grupos em situação de desvantagem do gozo efetivo de seus direitos fundamentais – promover a justiça social, entendida como aquela que consiste no compromisso do Estado e instituições não governamentais em busca de mecanismos para compensar as desigualdades sociais, geradas pelo mercado e pelas diferenças sociais. Outrossim, Rawls (2000) ressalta aspectos importantes para alcançar a equidade, dentre eles a garantia da liberdade de todos, a igualdade de oportunidades e a manutenção das desigualdades de medidas apenas para favorecer os mais desfavorecidos.

Ademais, concordamos com Camilo (1999) ao afirmar que os direitos do homem não são absolutos, pelo contrário, são constituídos historicamente pela forma como os homens se relacionam entre si e pelas lutas das forças sociais presentes na sociedade. Para Arendt (1989), eles não são dados, trata-se de um constructo humano em constante mudança. Por conseguinte, os direitos dos homens são fruto de um processo civilizatório, histórico e mutável a tal ponto, que eles podem ser ampliados ou reduzidos, de acordo com o contexto histórico e social vigente.

POLÍTICAS SOCIAIS, POLÍTICAS DE SAÚDE E OS SISTEMAS DE SAÚDE

Historicamente, o Estado, por meio das políticas sociais, entendidas aqui como políticas governamentais desenvolvidas para promover o bem-estar e a proteção social da população, tenta corrigir as desigualdades geradas pelo mercado, ao utilizar ações intervencionistas de distribuição de recursos e oportunidades, promoção da igualdade e dos direitos da cidadania (Fleury; Ouverney, 2012). Essas políticas são resultado das lutas das forças sociais presentes na sociedade, com abrangência nas áreas da saúde, previdência e assistência social, além de educação e habitação.

Nesse sentido, a proteção e a promoção da saúde passaram a se destacar como política pública a partir da Idade Contemporânea, após o século XVIII, com o desenvolvimento das políticas sociais e da Medicina Social na Europa.

Naquele período, antes da Primeira Revolução Industrial, as condições sociais dos operários eram precárias, o que promoveu o desenvolvimento de algumas formas de solidariedade e autoproteção como cooperativas, associações e sindicatos e até partidos que reivindicavam melhores salários e melhoria das condições laborais. Um período, segundo Visentini (2012), marcado pelo liberalismo econômico e pela negação das políticas sociais, ideologia do Estado liberal em que a mão invisível do mercado regula as relações econômicas e sociais, e produz o "bem comum". Enfim, o Estado se resumia a fornecer a base legal para o mercado maximizar os benefícios aos homens. Para os liberais, as políticas sociais teriam a capacidade de estimular o ócio e o desperdício. Destarte, com o predomínio desses princípios, a resposta dada à questão social, na época, teve caráter repressivo e não passou de melhorias tímidas e parciais nas condições de vida dos operários.

No final do século XIX e início do século XX, o movimento operário cresceu e passou a ocupar cargos políticos e sociais importantes, obrigando a burguesia a reconhecer direitos de cidadania políticos e sociais para este segmento. Em paralelo, a Revolução Socialista na Rússia e o consequente fortalecimento do movimento operário, forçaram o capital a uma atitude defensiva, levando Otto Von Bismarck a instituir o primeiro seguro saúde nacional obrigatório em 1883, diante de fortes mobilizações da classe trabalhadora. Porém, essa iniciativa tomou a forma de seguro público obrigatório com o objetivo de desmobilizar as lutas operárias. A partir daí, entre 1883 e 1914, todos os países europeus implantaram um sistema estatal de compensação de renda para os trabalhadores, na forma de seguros (Begring; Boschetti, 2011).

Após a Segunda Grande Guerra Mundial, a conjuntura pós-guerra de crise mundial e miséria, favoreceu o estabelecimento de uma aliança entre as classes sociais, o chamado "consenso do pós-guerra". Consenso que permitiu a ascensão ao poder de partidos sociais-democratas que, segundo Visentini (2012), possibilitou a discussão da introdução de políticas sociais abrangentes, universalizadas, baseadas na cidadania.

Na Inglaterra, a publicação em 1942 do Plano *Beveridge* foi um marco histórico e representou o nascimento do Estado de Bem-Estar Social – Welfare State inglês, propondo uma nova lógica para a organização das políticas sociais, a partir da universalidade aos serviços prestados e com um conceito ampliado de seguridade social, em virtude de uma crítica ao seguro social bismarckiano, que não tinha caráter universal. Constituem-se, assim, os Estados de Bem-Estar Social – Welfare State, uma série de políticas estatais com investimentos governamentais, com a finalidade de cobrir riscos sociais como o desemprego, a velhice e a doença.

Assim, a universalidade dentro das políticas sociais nasceu com o Welfare State inglês, visto que o modelo bismarckiano alemão não tinha caráter universalista com prestações uniformes para todos. Laurell (2016) ressalta que a concepção de Estado de Bem-Estar Social foi adotada pela social-democracia, na busca de uma alternativa ao socialismo e ao liberalismo clássico. Na realidade, a social-democracia acreditou numa suposta face humana do capitalismo, na defesa de políticas como as de saúde enquanto uma política social. Contudo, vivenciamos, concretamente, que o neoliberalismo desafia a ideia do direito à saúde como direito humano e social, na premissa de que o mercado é o "melhor" distribuidor de recursos e que a concorrência melhora a qualidade dos serviços.

A historicidade do desenvolvimento de sistemas de proteção social dos países industrializados da Europa nos permite identificar diferentes modelos de proteção social, modelos que foram construídos em resposta às necessidades das sociedades em criar políticas de proteção social, articuladas aos valores compartilhados entre as instituições, de acordo com a importância dada pelo Estado, à sociedade e à comunidade. Assim, a depender da correlação de forças, foram surgindo modelos de proteção peculiares àquela sociedade, caracterizados por Lobato e Giovanella (2012) em três modelos de proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social, caracterizados a seguir:

- Assistência Social tem como eixo central a assistência social; os valores dominantes são a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, capazes de gerar condições diferenciadas no contexto de mercado. O Estado deve ser restrito ao mínimo necessário para viabilizar a existência do mercado, assumindo um caráter

compensatório e discriminatório sobre grupos sociais, incapazes de manter-se adequadamente no mercado, situação denominada de cidadania invertida, uma modalidade que está presente nos Estado de caráter neoliberal;

- Seguro Social, implantado por Bismarck na Alemanha, tendo como característica principal a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual, revelando uma associação entre política social e inserção no mercado de trabalho, que tem por finalidade a manutenção das condições socioeonômicas dos beneficiários em situações de risco, como a perda da capacidade de trabalho por idade, enfermidade ou acidente. Situação que foi denominada, por Santos (1979), de cidadania regulada, já que para ter direito à assistência é necessário que o cidadão esteja inserido formalmente no mercado de trabalho;

- Seguridade Social, inspirada no princípio da justiça social, aquela que garante a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital. Um modelo que tem como referência histórica o Plano Beveridge de 1942, na Inglaterra, que estabeleceu um modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, e os cidadãos passando a ter direitos sociais garantidos pelo Estado. O seu objetivo, a partir das políticas sociais, é corrigir desigualdades geradas no mercado. Um sistema baseado no financiamento advindo dos recursos diretos do orçamento do Estado, oriundos de impostos que recaem sobre os ganhos dos indivíduos.

Nos países que adotam o modelo de seguridade social, o imposto é progressivo de acordo com a renda, ou seja, quem ganha mais paga mais impostos, e os recursos são redistribuídos e, independente das condições socioeconômicos dos indivíduos, todos têm o mesmo padrão de assistência. Assim, o acesso aos benefícios sociais depende da necessidade dos indivíduos, o que é denominado por eles de cidadania universal, presente nos Estados Democráticos Sociais e de Direito.

Diante desse contexto, concordamos com Ortiz (2004) no que diz respeito ao Estado, ao assumir particularmente a saúde numa abrangência dos direitos sociais, poderá promover o desenvolvimento social e melhorar a qualidade de vida com políticas públicas de promoção social e acesso aos

serviços básicos de saúde, educação, habitação, justiça, dentre outros, de acordo com o seu sistema de saúde.

Nesse âmbito, os sistemas de saúde são a política de saúde em ação e resultam de uma correlação de forças entre Estado e sociedade. Corroboramos com a definição de sistema de saúde concebida por Lobato e Giovanella (2012), de que se trata de um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde de uma dada população.

Por outro lado, para Roemer (1989), os sistemas de saúde são formados por uma combinação de quatro componentes: recursos, financiamento, gestão e organização. Os recursos envolvem tantos os recursos financeiros destinados ao pagamento de ações e serviços de saúde e seus insumos, como também a força de trabalho; o financiamento pode ser público ou privado, oriundo de impostos ou taxações extra; a gestão tem vários tipos, centralizada ou descentralizada, autônoma ou não; já a organização do sistema envolve o modelo de atenção adotado, a rede de serviços implementada para atender às necessidades de saúde da população, e a cobertura populacional.

Segundo esse autor, a cobertura da população será universal ou segmentada; ela é universal quando toda a população de um país tem acesso garantido à atenção à saúde, independentemente de qualquer critério econômico ou social, e será segmentada quando apenas parte da população tem acesso a determinados serviços e ações de saúde, ou se autoexcluem devido a qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

É importante lembrar que os sistemas de saúde também representam, de acordo com Cohn (2012), uma importante atividade econômica, formada não só pelos produtores de insumos e serviços, como também emprega grande número de pessoas, estabelecendo-se como uma arena de disputa de poder e recursos conflituosa, envolvendo diversos atores sociais.

Neste sentido, adotamos nesta obra um misto dos conceitos de Conill (2012) e Lobato e Giovanella (2012), sobre os tipos de sistemas de saúde:

- Sistema do tipo pluralista empresarial-permissivo ou de mercado concebido como aquele alinhado ao modelo de proteção social, denominado assistência social, e aos ideais neoliberais, ou seja, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia de proteção

universal à saúde, e protege apenas alguns grupos mais vulneráveis. Os cidadãos, individualmente, compram serviços do mercado, de acordo com sua capacidade de pagamento, gerando desigualdades. Os Estados Unidos da América (EUA) adotam este modelo de proteção à saúde;

- Sistema de Seguro Social em Saúde do tipo bismarckiano ou seguros sociais públicos – surgiu na Alemanha e se estendeu para vários países europeus. O financiamento é baseado nas contribuições de empregados e empregadores. Inicialmente foram segmentados por categorias de trabalhadores o que também pode gerar iniquidades visto que os benefícios e serviços podem ser diferenciados de acordo com a importância econômica da categoria, além de excluir os indivíduos fora do mercado de trabalho. Foi o que aconteceu com os Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP) do Brasil nas décadas de 1950 a 1980, um modelo alemão que se estendeu para vários países europeus.

No decorrer do tempo, na Alemanha, o modelo foi universalizado, ocorrendo uniformizações das ações e serviços para toda a população, independente da contribuição e categoria do trabalhador, com administração autônoma, não diretamente estatal, com representação dos segurados.

A França também adota esse modelo com algumas diferenças, sendo configurado por um seguro de saúde público regulamentado pelo Estado, financiado por impostos e contribuições de empregados e empregadores, baseado na solidariedade, no pluralismo e na medicina liberal. Trata-se de um seguro garantido por financiamento compartilhado, no qual a contribuição independe dos riscos individuais de adoecer. Atualmente, sua cobertura é universal, ou seja, todos os residentes legais na França, empregados ou não, estão cobertos. Outros países do continente europeu como Áustria, Bélgica, Holanda e Irlanda também adotaram esse modelo, cada um com suas peculiaridades, de acordo com a realidade política, econômica e social.

- Sistema ou Serviços Nacionais de Saúde ou Sistemas Públicos Universais, alinhados à modalidade de proteção seguridade social, inspirado na justiça social e na condição de cidadania, um dos modelos considerado completo e abrangente na cobertura de serviços. O financiamento

> é fiscal e toda a população tem acesso ao leque de serviços, que vão desde ações coletivas até às ações de assistência médica em todos os níveis de atenção. O Estado, em geral, de acordo com Viana e Baptista (2012), presta diretamente os serviços de saúde. Parte da rede de serviços ambulatorial e hospitalar é de propriedade do governo, e a maioria dos trabalhadores de saúde são funcionários públicos. A rede privada, quando contratada, é regulada pelo Governo em relação aos custos e a qualidade dos serviços. O sistema estabelece regras uniformes para a maioria das ações e dos serviços de saúde, o que garante uniformidade de serviços em todo o sistema.

O sistema de saúde inglês que surgiu após o término da Segunda Guerra Mundial num contexto de recessão e de recuperação, marcado pela necessidade de universalização das políticas de proteção social é o precursor deste modelo. Para Cohn (2012), Lobato e Giovanella (2012) as bases do sistema de saúde inglês, o National Health Service (NHS), foram extraídas do Relatório *Beveridge* (1942), encomendado pelo governo britânico para estudar o seguro social inglês e propor reformas. Uma das recomendações do relatório foi considerar o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania.

O NHS tem como princípio o acesso universal e igualitário; é financiado com recursos públicos provenientes de impostos gerais. Os serviços de saúde são públicos e subordinados ao Departamento de Saúde. Os fundamentos e a organização do NHS serviram de inspiração para as reformas sanitárias e criação nas décadas de 1970 e 1980 dos sistemas nacionais de saúde da Itália, Espanha, Portugal e Brasil. E, desde a sua criação, o NHS é considerado um modelo de socialização de serviços de saúde (Cohn, 2012; Lobato; Giovanella, 2012).

Assim, quando se fala em sistema universal de saúde, a referência é o sistema de saúde inglês por ser o mais antigo sistema universal estabelecido e ter sido utilizado como modelo para a estruturação de outros sistemas como o SUS brasileiro (National Health Service, 2017).

Apesar de muitas críticas ao sistema inglês, entre elas as dificuldades de acesso a novas tecnologias e as pressões sobre o sistema cada vez maiores por parte da iniciativa privada e de grupos de "pacientes" que reclamam de diferenças nos serviços, a popularidade política do sistema ainda tem sido

suficiente para "frear" os ataques, principalmente, por conta da equidade e da facilidade de acesso a cuidados de saúde. Por isso, o NHS é considerado o mais avançado entre os sistemas de saúde de países industrializados.

No NHS os custos em saúde são baixos, quando comparados a outros países europeus, apesar do aumento dos gastos nos últimos anos, principalmente devido ao envelhecimento populacional, a heterogeneidade das necessidades populacionais com a entrada de imigrantes e refugiados, as mudanças nos hábitos de vida da população, o avanço tecnológico da medicina e o seu impacto econômico no financiamento da saúde, além do impacto social da crise financeira iniciada em 2008 na Europa. De fato, o debate entre "o possível" e "o fornecido" é central em todos os sistemas de saúde no mundo, inclusive o britânico.

Na realidade, o Welfare State na Europa, ao longo dos anos, tem sofrido alterações e crises. As crises econômicas mundiais, principalmente as da década de 1970 e 1980, gradativamente afetaram a extensão e cobertura de serviços. Na contemporaneidade, a crise econômica mundial, iniciada nos EUA em 2008 e que se espalhou pela Europa e resto do mundo, tem contribuído para grandes mudanças nas políticas sociais naquele continente.

A quebra de grandes instituições de crédito americanas e europeias repercutiu fortemente sobre as bolsas de valores de todo mundo. Nesse ambiente a economia "encolheu" e várias empresas declararam prejuízos e começaram a demitir. Na Europa e em outras regiões do mundo, configurou-se uma situação de recessão econômica, com aumento do desemprego e redução das receitas governamentais, elevado endividamento e déficit público (Wahring; Vallina, 2011). Diante dessa situação, os países da União Europeia se comprometeram com a redução sustentada de seus déficits, com ajustes no mercado de trabalho, sistemas financeiro, tributário, previdenciário e de saúde, acompanhados de cortes orçamentários, sem precedentes, em diversos programas sociais.

Enquanto isso, de acordo com a OMS, as políticas de ajuste estrutural negociadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, decorrentes da crise econômica mundial, abalaram gravemente os sistemas de saúde pública e as discrepâncias entre a oferta privada e pública de tratamentos médicos ampliou-se (World Health Organization, 2008). As políticas de ajuste estrutural e a mercantilização dos sistemas de saúde torna

esses sistemas cada vez mais ineficientes e com custos elevados, acentuando as desigualdades sociais.

De fato, para a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômicos (OCDE) (2017), existem grandes desigualdades de investimento em saúde entre os países do mundo, nos quais os 30 países integrantes apresentam a maior taxa de longevidade e concentram 90% das despesas mundiais com saúde, porém abrigam apenas 20% da população mundial. A África subsaariana, com 12% da população mundial, emprega menos de 1% dos gastos nesse setor.

Dentro do contexto europeu, países que tradicionalmente possuem sistemas universais, como Inglaterra e Espanha, vêm sofrendo as consequências da crise. De acordo com Giovanella e Stegmüller (2014), a crise financeira internacional acentuou as pressões econômicas sobre os sistemas nacionais de saúde e foi considerada uma oportunidade por governos conservadores, para aprofundar medidas restritivas, ampliar o espaço de mercado e a competição, além de reduzir a intervenção estatal.

Os autores ressaltam que na Espanha, um dos países mais atingidos pela crise econômica na Europa, o sistema de saúde vem sofrendo cortes drásticos, com ênfase em aumento de copagamentos e exclusão de coberturas. Na Inglaterra, a reforma é mais profunda, com ampla reorganização do NHS e das relações entre financiadores e prestadores, com redução de atividades gerenciais e de pessoal administrativo, além da abertura do mercado interno para os prestadores privados.

Importante destacar que a partir dos anos 2000 ressurge a discussão mundial sobre a problemática do acesso à saúde nos diversos países integrantes da ONU, neste contexto surge a concepção de cobertura universal muito difundida pelo Banco Mundial (BM) e pela OMS, tal concepção é empregada em referência à cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados à população. Segundo Giovanella e demais autores (2018), a concepção de cobertura universal foi moldada no período 2004-2010, pela OMS, Fundação Rockefeller e Banco Mundial e congrega um conjunto de diretrizes de reformas pró-mercado no sentido de reduzir a intervenção estatal, por meio políticas de saúde focais, não abrangentes e não universais.

Nesse sentido, a concepção de cobertura universal vai de encontro a essência dos sistemas universais de saúde que é a universalidade de acesso aos serviços de saúde de forma integral e o financiamento público do sistema. Importante salientar que a questão do financiamento é central na proposta de cobertura universal, pois incentiva o aumento da participação do setor privado e expansão deste mercado para camadas populacionais economicamente desfavorecidas, a cobertura neste caso expressa a titularidade por um seguro que nem sempre pode garantir o acesso e uso quando necessário.

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Na América Latina, segundo Lobato e Giovanella (2012), a universalização da proteção social à saúde não se estabeleceu completamente, apesar dos modelos europeus de seguro social e do sistema nacional de saúde terem influenciado as políticas de saúde na região. Os seguros sociais, que foram criados em alguns países entre os anos de 1930-1950, não conseguiram cobrir a maioria da população, principalmente pelo subdesenvolvimento econômico da região e inserção parcial da população no mercado formal de trabalho.

No final da década de 1980, as reformas das políticas de saúde em alguns países da região, como no caso do Brasil, buscaram a ampliação do acesso à saúde por meio da universalização do sistema. Na realidade, porém, não existem sistemas de saúde puros. Em muitos países a segmentação é uma realidade, convivendo dois ou mais sistemas como é o caso da maioria dos países latino-americanos (Laurell, 2016; Santos, 2014). Na Argentina, por exemplo, existem três subsistemas de saúde: um subsistema de seguro social, financiado pelos trabalhadores do setor formal e empregadores; um subsistema estatal, com cobertura de serviços restrita; e um subsistema privado, com acesso mediante desembolso direto para compra de serviços.

O Brasil, assim como a Argentina, possui um sistema de saúde segmentado. O sistema de saúde brasileiro é composto pelo SUS, sistema público de acesso universal e integral e um subsistema privado de saúde formado

pelos planos, operadoras de saúde e serviços de saúde privados que prestam serviços por desembolso direto ao cidadão (Laurell, 2016).

A construção do SUS aconteceu a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que se iniciou ainda na década de 1970 e, segundo Paim (2008) representou um projeto de reforma social, um fenômeno histórico-social amplo que buscava uma reformulação profunda no setor saúde, com componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais. Ao contrário de outras reformas propostas pelo Estado, Paim enfatiza que a Reforma Sanitária surgiu da sociedade, entendida como um processo de suas conquistas em relação à democratização e melhoria das condições de vida da população. A Reforma Sanitária visava um novo conceito de saúde, mais amplo, relacionado não só à assistência médica, mas a todos os seus determinantes e condicionantes, como trabalho, educação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros. Além disso, trouxe a discussão do direito universal e igualitário à saúde e do papel do Estado enquanto promotor na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao analisar a Reforma Sanitária enquanto "ideia", "proposta", "projeto", "movimento" e "processo", Paim (2008) a concebe enquanto proposta resultante de um movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia e de um novo sistema de saúde, que se transformou em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Brasil, 1986). Um processo em movimento constante de construção e desconstrução, e que engloba um conjunto complexo de práticas, não só de saúde, mas também sociais.

Concretamente, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco nesse processo, pois foi aprovado o texto base para a criação do SUS, um sistema de saúde que tem como princípios doutrinários a universalidade e a igualdade de acesso, a integralidade das ações e a equidade, e como princípios organizativos: regionalização, hierarquização, descentralização e comando único e a participação popular.

Legalmente, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988, o direito à saúde foi incorporado ao seu artigo 6° como um direito social fundamental, ao lado da educação, do trabalho, da moradia e da segurança, concebendo-se assim a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doença e de outros agravos.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, Lei n° 8.080/1990, estabeleceu o SUS como o responsável pela execução de ações de assistência terapêutica universal e integral, inclusive a assistência farmacêutica. Todo cidadão brasileiro ou residente no país passou a ter direito às ações preventivas e receber atenção curativa do SUS. No entanto, ser usuário do SUS não é obrigatoriedade até porque o ordenamento jurídico constitucional não conferiu ao Poder Público a exclusividade no atendimento à saúde. Outrossim, ao lado do sistema público de saúde, existem os serviços privados que são sujeitos à regulamentação e fiscalização por parte do Estado.

Dessa maneira, a saúde passou a ter dimensões que vão além da biológica, ou seja, dimensões biopolítica e social, cabendo ao Estado a adoção de políticas sociais e econômicas que visem a redução de doenças, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Santos, 2010). Por conseguinte, conforme Sampaio, Albuquerque e Vasconcelos (2013), o direito à saúde passou a ter um caráter de exigibilidade garantido constitucionalmente na perspectiva do Direito.

O princípio da universalidade trouxe consigo a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, e exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização do sistema, de maneira a aumentar a cobertura de suas ações. Assim, após a construção do aparato legal dos direitos sociais como a saúde, a institucionalização do SUS buscou criar condições materiais e operacionais para que os direitos estabelecidos em lei, efetivamente se tornassem direitos concretos.

A partir da criação do aparato legal do SUS em 1990 é perceptível diversas melhorias na saúde da população brasileira, seja por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente na atenção primária representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura no final do ano de 2022 de 74,62% da população brasileira,[1] seja pela ampliação do acesso à emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), cobertura vacinal universal e aumento da produção estatal de vacinas e insumos farmacêuticos (Paim *et al*., 2011).

Apesar dos avanços do SUS desde a sua criação a mais de três décadas, a sua trajetória histórica tem sofrido momentos de retrocesso. Do período de sua criação em 1990, até os anos de 2002, foi desenvolvida uma

1 Fonte do Sistema de Informações do Ministério da Saúde, DATASUS (2022).

contrarreforma liberal com o desmonte da seguridade social, momento em que foi implantado o ajuste macroeconômico, por intermédio do Plano Real e da Reforma do Estado. Um momento claro de antagonismo entre os ideais da Constituição Federal de 1988, recém-aprovados, e o pensamento neoliberal vigente no governo em relação às questões sociais. Nesse contexto, o Estado de Bem-Estar Social foi substituído pelo "Estado Mínimo"; a seguridade social pelo seguro social; a universalização pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais pelo "Estado Regulador" e pela privatização.

De acordo com Paim (2013), nesse período o orçamento da seguridade social não foi adotado, e suas fontes de recursos foram desviadas para financiar a economia, quando é notório que tais recursos são fundamentais para a viabilização das políticas universais como o SUS, configurando-se o subfinanciamento das suas políticas. A questão social passou a ser conduzida por programas emergenciais e de transferência de renda, que se tornaram permanentes; uma política liberal e conservadora, preconizada por instituições internacionais de fomento.

Nos últimos anos, especialmente o período de 2014 a 2022, as políticas sociais no Brasil vêm sofrendo ataques, com retrocessos. Na saúde, algumas ameaças concretas ao direito universal à saúde: entre elas a abertura da saúde ao capital estrangeiro (Lei n° 13.019/14); o orçamento impositivo (15% das receitas correntes líquidas para a saúde – EC-86/15); a Lei das Terceirizações (Lei n° 13.4129/17); o reconhecimento da constitucionalidade das organizações sociais pelo Supremo Tribunal Federal (STF); o comprometimento do governo com a proposta de cobertura universal em saúde da OMS, que segundo Paim (2016), abre as possibilidades de reversão dos sistemas universais de saúde para sistemas fragmentados e desiguais, assim como a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 que congelou as despesas do Governo Federal com cifras corrigidas pela inflação por até 20 anos, um freio no investimento em saúde e em educação previsto na Constituição brasileira de 1988.

O desmonte da seguridade social tem proporcionado impactos negativos no SUS, considerando-se que o financiamento escasso leva ao sucateamento de órgãos públicos de prestação de serviços de saúde, privatização interna, precarização do trabalho em saúde, dentre outros. Nesse sentido, as

mazelas do financiamento escasso, somadas à dificuldades de gestão pelos governos Federal, Estadual e Municipal, têm interferido de maneira negativa no acesso da população aos serviços de saúde, uma realidade documentada nos estudos de Marques e Mendes (2012), Barreto e Guimarães (2010), Moura e Perini (2009), Guerra Júnior e demais autores (2004).

Nesse cenário de retrocessos sociais e econômicos no Brasil, em março de 2020 é decretada pela OMS a pandemia da covid-19, doença viral que surgiu na China e se alastrou rapidamente para todo o mundo e vitimou até junho de 2022 mais de 6 milhões de pessoas no mundo e, no Brasil mais de 660.000 mortes até então (Organização Mundial de Saúde, c2023). O combate à pandemia e suas consequências, exigiram esforços dos sistemas de saúde, aumentado a necessidade de financiamento e de trabalhadores de saúde e, ao mesmo tempo, mostrou para os brasileiros a importância de um sistema de saúde universal que desse suporte a todas essas ações.

Porém, o sucateamento, o subfinanciamento, a ingerência e desvios de recursos do SUS ficaram evidentes para a população brasileira, principalmente em um momento de extrema necessidade de acesso a serviços de saúde.

Diante de tal contexto, a consolidação dos princípios doutrinários do SUS, principalmente a integralidade e o acesso universal aos serviços de saúde, permanece como diretriz constitucional, porém um SUS legal diferente do real, apesar de ainda representar uma utopia possível e necessária a ser alcançada na atenção à saúde da população brasileira.

Ademais, perdura até nossos dias a discussão mundial de como estabelecer um parâmetro, ou um nível de prestação à saúde a ser exigido e garantido pelas políticas públicas que seja aferível e atingível, uma vez que o conceito mais conhecido e adotado de saúde é o da OMS, àquele que associa a saúde não apenas à ausência de doença, mas ao estado de bem-estar físico, mental e social, considerado um "ideal de saúde" (World Health Organization, 2016). No Brasil, o conceito, trazido pela reforma sanitária e defendido por nós, é mais amplo, relacionado não só à assistência médica, mas a todos os seus determinantes e condicionantes, como trabalho, educação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros. Entretanto, como afirma Santos (2014) tal conceito é criticado por ser chamado de "utópico" e "inatingível".

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. *As origens do totalitarismo*. Tradução: Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos. Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 26, p. 1207-1220, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/z8jxtD6Y5hpYfKcNGbhcYvt/?lang=pt. Acesso em: 20 out. 2017.

BEGRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social*: fundamento e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18060, 20 set. 1990. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação [...]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 146, p. 1-8, 1 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 63-A, p. 1-2, 31 mar. 2017a. Edição extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: [*s. n.*], 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2016*: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

CAMILO, M. V. R. F. Trajetória do direito à saúde: a experiência de um hospital escola. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 59, p. 152-164, 1999. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/z8jxtD6Y5hpYfKcNGbhcYvt/?lang=pt. Acesso em: 20 nov. 2017.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COHN, A. O Estudo das Políticas de saúde: implicações e fatos. *In*: CAMPOS, G. *et al. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012.

COMITÊ DE DIREITOS DA CRIANÇA. *Recomendação n°4*. Brasília, DF: [*s. n*.], 2003.

COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHERES. *Recomendação Geral nº 24*. [*S. l*.: *s. n*.], 1999.

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. *In*: CAMPOS, G. *et al. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 591.

DALLARI, S. G. O Direito à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 nov. 2017.

FAGNANI, E. *Política social no Brasil (1964-2002)*: entre a cidadania e a caridade. 2005. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 out. 2017.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 1-19, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/3J7Gd7Zqhc6PHtN4s4ZC8qm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 nov. 2017.

GUERRA JÚNIOR, A. A. *et al*. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais. Brasil. *Revista Panamericana Salud Pública*, [*s. l*.], v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/8264. Acesso em: 10 nov. 2017.

LAURELL, A. E. C. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os Sistemas Públicos Universais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, p. 1-7, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/vhdwq7nmFBddx4mcSpfwqSz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 out. 2017.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2012. Suplemento. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/gNtk9SLMqYb4BcVTDBtSQhG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 nov. 2017.

MOURA, C. S. D.; PERINI, E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 270-286, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bjps/a/35GHgCMPLkFYGcm6Z6KxtZb/?lang=en. Acesso em: 20 nov. 2017.

NAÇÕES UNIDAS. Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* [*S. l.*: *s. n.*], 2000. (Observación general, n. 14).

NATIONAL HEALTH SERVICE. *Undersntand the News NHS*. England: BMJ, 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Tackling Wasteful Spending on Health.* [Paris]: OCDE, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos.* New York: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.* [New York]: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1966. Entrada em vigor na ordem internacional, 3 de janeiro de 1976.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Recomendação Geral nº24/1999* – Comitê sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres. [New York]: ONU, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Recomendação Geral nº4/2003* – Comitê de Direitos da Criança. [New York]: ONU, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Coronavirus disease (COVID-19). *WHO*, Geneva, c2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata* – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. União Soviética: OMS, 1978.

ORTIZ, M. E. R. *Justiça social*: uma questão de direito. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2004.

PAIM, J. 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, os 26 anos da Lei Orgânica da Saúde e os desafios do SUS diante do cenário político atual. [Entrevista cedida ao] Centro de Estudos estratégicos da Fiocruz. *Centro de Estudos estratégicos da Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2016.

PAIM, J. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7kR47BM83pWg73mCFDSWXXD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 nov. 2017.

PAIM, J. *A Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [Barcelona], v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 20 nov. 2017.

PIOVESAN, F.; GOTTI, A. P.; MARTINS, J. S. A proteção internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais. *In*: PIOVESAN, F. (org.). *Temas de direitos humanos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 79-94.

PIOVESAN, F.; GOTTI, A.P.; MARTINS, J. S. A proteção internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais. *In*: PIOVESAN, F. (org.). *Temas de direitos humanos*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 79-94.

RAWLS, J. *The Theory of Justice*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ROEMER, M. National Health Systems as Market Interventions. *Journal of Public Health Policy*, South Burlmgton, v. 10, n. 1, p. 62-77, 1989. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/3342944. Acesso em: 20 nov. 2017.

SAMPAIO, J. F.; ALBUQUERQUE, M. F. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. Estado e Direitos Humanos no Brasil: respostas públicas à exigibilidade do direito humano à saúde. *In*: OLIVEIRA, M. H. B. *et al.* (org.). *Direito e Saúde*: cidadania e ética na construção de sujeitos sanitários. Maceió: Edufal, 2013.

SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida um mundo de corresponsabilidades e fazeres. *In*: SANTOS, L. (org.). *Direito da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010. p. 15.

SANTOS, L. Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. *In*: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. (org.). *Judicialização da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2014. p. 125.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1979.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 67.

VILLAS-BÔAS, M. E. *O Direito à Saúde no Brasil*: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

VISENTINI, P. F. *Manual do candidato*: história mundial contemporânea (1776-1991): da independência dos Estados Unidos ao colapso da União Soviética. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: FUNAG, 2012.

WAHRING, L.; VALLINA, I. G. The effect of the economic and financial crisis on government revenue and expenditure. *Eurostat Statistics in Focus*, [Luxembourg], v. 45, p. 1-12, 2011. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5579448/KS-SF-11-045-EN.PDF/. Acesso em: 20 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceito de Saúde. *WHO*, Geneva, 2016. Disponível em: http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/. Acesso em: 12 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19). *WHO*, [Genebra], [2020]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acesso em: 30 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Medicines Strategy-countries the core*: 2008-2013. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: http://www.who.int/medicines. Acesso em: 12 fev. 2017.

SOBRE OS AUTORES

LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE OLIVEIRA

Farmacêutica graduada pela Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto; mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); professora adjunta do Curso de Farmácia e do

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS; pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: lcfoliveira@uefs.br

MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO

Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); professora pleno (Emérita) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: angelauefs@yahoo.com.br

CAPÍTULO 2

AÇÕES JUDICIAIS PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nathalia de Oliveira Silva
Kleize Araújo de Oliveira Souza

INTRODUÇÃO

A saúde constitui-se, enquanto uma concepção histórica e política, como se concebe o corpo, o adoecimento e a própria saúde em termos positivos e para tanto se faz necessário a compreensão do funcionamento dinâmico da sociedade em suas relações. Mas, ao longo dos anos ela passou a ser compreendida de diversas maneiras, tendo uma das mais consolidadas e influentes a concepção biológica de saúde, aquela em que um agente externo invade o corpo e o adoece. Nesse paradigma, a ênfase encontra-se sob a doença, ou melhor, a ausência da doença, numa prática com uma assistência individual e médica.

No entanto, no final do século XX, ocorre uma transição à concepção ampliada de saúde, resultante de uma construção ao longo dos anos, engendrada a partir de discussões circundantes à Declaração de Alma-Ata, à Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946), à Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), à Carta de Ottawa (1986) e outros movimentos teóricos, políticos e sociais no mundo que fomentavam tal problemática.

A partir dessas discussões, a saúde é compreendida como um direito de todo cidadão e não apenas uma condição pontual oposta, sendo direito humano possuir condições de vida que garantam ao indivíduo um bem-estar físico, mental e social (Ayres, 2007).

No Brasil, a conquista de um modelo de saúde que se propunha a aproximar-se de uma saúde abrangente, teve como influência marcos histórico-ideológicas como a medicina social (Souza, 2014), que na tentativa de redemocratização na década de 1970, inicia-se no país uma organização articulada que discutia um novo projeto de saúde, a partir das reflexões teórica, ideológica e política, conhecido como Reforma Sanitária. Nesse mesmo período, movimentos sociais análogos surgem no país e entre eles, inspirado pela Reforma Sanitária, destaca-se a luta pela qualidade na assistência em saúde mental a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica que se configurou como um movimento que visava a crítica ao modelo de assistência de saúde mental vigente, reconhecendo a pessoa com transtorno mental como um sujeito, possuindo como direito fundamental à dignidade humana, demandando mudanças estruturais na assistência (Trabuco; Santos, 2015).

No Brasil, a partir da Constituição Federal (1988), a saúde passa a ser compreendida como direito social fundamental, ligado ao da dignidade humana, que em seu artigo 196 explicita: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". E, em consequência, são promulgadas a Lei n° 8.080/90 e a Lei n° 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, mediante norma constitucional que instituem o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema que vai dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências (Brasil, 1990); um sistema de saúde universal ou seja, entendido como aquele que assegura a garantia de um cuidado integral individual e coletivo, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Nesse sentido, como desdobramento da efetivação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, em 2001 sanciona-se a Lei nº 10.216 que vai dispor

sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental. Tal regulamentação assegura, enquanto direito da pessoa com transtorno mental, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, a proteção de formas de abuso e exploração; o tratamento baseado na humanidade e respeito; receber tratamento em ambiente terapêutico menos invasivo possível; e outras importantes determinações (Brasil, 2001).

No ano seguinte, em fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde (MS) estabelece, enquanto modelo substitutivo à assistência manicomial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), divididos por modalidade de serviços, constituindo-se como um serviço ambulatorial, de atenção diária, que opera segundo a lógica do território, efetivando o início das mudanças no modelo de assistência à saúde mental no país (Brasil, 2002).

Contudo, de acordo com Machado (2009), apesar da criação de um Sistema Universal de Saúde e dos avanços existentes no campo da saúde mental, ao longo dos anos os desafios impostos tanto pela dimensão territorial do país, quanto pela falta de recursos financeiros e desajustes econômicos enfrentados, resultaram na implementação de políticas de austeridade fiscal sobre a saúde. De forma que, associadas aos desafios resultantes dos problemas relacionados com as falhas de gestão, falta de infraestrutura e número insuficiente de pessoal, esses culminaram em repercussões negativas para a efetivação do direito à saúde, dentro dos princípios conquistados e pautados pelo SUS.

Desse modo, estabelecer a saúde enquanto um direito, a partir da Constituição Brasileira, proporcionou desdobramentos práticos importantes, como a responsabilidade do poder público de criar e desenvolver efetivamente políticas que garantam o acesso da população aos serviços de atenção à saúde, mas também na possibilidade de o cidadão reivindicar judicialmente o cumprimento dessa obrigação (Pepe *et al.*, 2010). Com isso, mesmo sendo assegurada enquanto responsabilidade do Estado, a realidade revela a existência de déficits na execução de tais políticas, possibilitando com que se torne reivindicado pela população a partir da via do judiciário.

Essas ações judiciais visam garantir acesso a bens e serviços, desde o fornecimento de medicamentos até a disponibilização de exames e cobertura para o tratamento de determinadas doenças, propostas por usuários do

SUS, tomaram grande vulto no início dos anos 2000, por conta da demanda de novos medicamentos para o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ocorrida naquele período (Souza, 2005).

A recorrência ao Judiciário, segundo Souza (2005), foi tornando-se um padrão como forma de acesso à saúde, configurando-se um fenômeno conhecido como judicialização, definida como um fenômeno sócio-histórico, em que o Judiciário assume um novo padrão de intervenção frente às questões sociais, exercendo um ativismo judicial.

Considera-se que a judicialização se refere ao protagonismo do Poder Judiciário no âmbito das relações sociais e políticas (Tate; Valinder, 1995). O termo judicialização pode ser utilizado também para descrever o alargamento das relações sociais como objetos do direito passíveis de serem trazidas à discussão jurídica, visto que a Constituição Federal de 1988 alargou as possibilidades de ação junto ao Poder Judiciário e, assim, este poder vem decidindo, crescentemente, sobre os mais diversos temas sociais, políticos e econômicos, que passam a ser abrigados pelo direito (Vianna *et al*., 1999). É importante acrescentar que o ativismo judicial é um fenômeno criticado por muitos doutrinadores, ao considerá-lo uma invasão do Poder Judiciário nas esferas de competência dos demais poderes, ferindo o princípio constitucional da separação dos três poderes (Carvalho; David, 2013).

No campo da saúde, um exemplo do protagonismo do Judiciário se deu a partir da Audiência Pública da Saúde, convocada em 2009 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que impulsionou a aprovação da Lei nº 12.401/2011, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Além disso o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou algumas recomendações que passaram a orientar os tribunais de todo o país a adotarem uma série de medidas visando a apoiar magistrados e outros operadores do direito a fim de assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais pertinentes ao direito à saúde (Balestra Neto, 2015; Terrazas, 2014).

De fato, o crescimento do número de ações judiciais relativas à saúde está associado ao fato de que as decisões são predominantemente favoráveis aos autores, o que vem gerando problemas para o sistema de saúde como um todo, já que algumas decisões acabam comprometendo o orçamento e o planejamento da saúde (Borges; Ugá, 2010).

Dificuldade justificada porque o sistema de saúde não possui recursos "infinitos" a ponto de proporcionar a todo e qualquer usuário ações e serviços públicos de saúde disponíveis no mercado. Dessa forma, as decisões necessitam ser embasadas em critérios técnicos de forma a não comprometer de maneira significativa as ações das políticas públicas de saúde (Zhouri *et al*., 2010 *apud* Oliveira; Souza, 2017).

Outrossim, segundo Silva e Schulman (2017), diante dessa realidade foi estruturado um sistema em que a via judicial se tornou um caminho tão natural quanto indispensável a qualquer negativa, não importando sua natureza ou pertinência. E, além do alto desprendimento de recursos quando se aciona o Judiciário, alguns outros problemas podem ser detectados, pois se a crítica ao administrativo se concentra nas limitações, sejam orçamentárias, de gestão ou outras. Todavia, a atuação do Judiciário tem uma preocupação com a grande frequência em torno de concessões potencialmente excessivas.

Assim, por tratar-se de um fenômeno complexo, multifacetado e multidimensional é necessário tomarmos a judicialização da saúde como um objeto de estudo pelas diversas possibilidades de compreensão da essência do fenômeno no cenário da saúde pública brasileira, uma realidade. É notório que o número de publicações científicas sobre judicialização da saúde tem aumentado, contudo poucos estudos são encontrados acerca da temática de saúde mental.

Em função da relevância da temática da judicialização e a transição ainda recente do modelo assistencial de saúde mental, buscamos compreender o acesso à saúde mental por meio da judicialização no Brasil, entendendo a saúde enquanto direito. Diante de tal problemática, faz-se necessário uma compreensão sobre como a judicialização se apresenta no campo da saúde mental no país, a partir de produções científicas (PC), o que pode possibilitar um entendimento ampliado das discussões sobre gestão, das potencialidades e dos entraves existentes no acesso à saúde mental, que poderão colaborar para uma visão ampliada sobre o assunto.

METODOLOGIA

Para a produção dos dados, foi realizada uma revisão integrativa acerca da produção científica existente relacionada com a judicialização do acesso à saúde mental no Brasil, a partir do levantamento de literatura publicada no período de 2008-2018.

A revisão integrativa proporciona a reunião e a síntese do conhecimento sobre um determinado tema, contribuindo para o aprofundamento do mesmo e o uso prático dos estudos significativos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Para isso, utilizamos de estudos teóricos e experimentais, os quais possibilitam a definição de conceitos, a comparação de métodos utilizados, de resultados encontrados, elucidando as convergências e divergências. Com efeito, tal síntese permite apontar possíveis lacunas no conhecimento a serem preenchidas por novos estudos (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

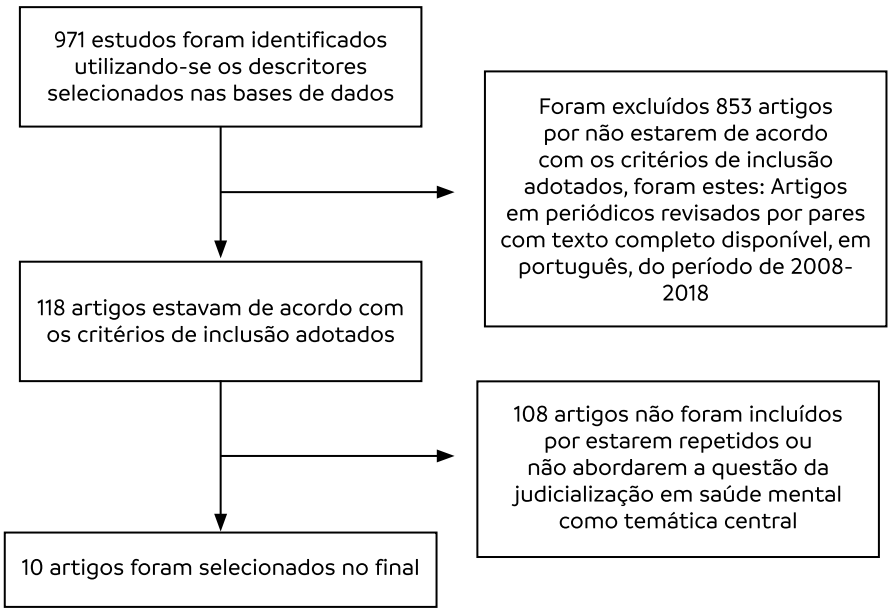
Para a coleta dos dados foi necessário seguir o rigor previsto nas etapas da revisão integrativa e, assim, adotamos aquelas elencadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008):

Etapa 1 – O presente estudo volta-se à temática da judicialização da saúde mental no Brasil, tendo como pergunta norteadora: como se apresenta a produção científica sobre judicialização do acesso à saúde mental no Brasil de 2008 a 2018?;

Etapa 2 – A seleção das produções científicas foi realizada por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), fazendo uso dos descritores em português: judicialização, demandas judiciais *or* ações judiciais seguidas do operador boleano *and* e saúde mental;

Utilizamos como critérios de inclusão: produções científicas completas relacionadas ao objeto de pesquisa, com livre acesso na base de dados em português, publicados nos últimos dez anos, em periódicos nacionais revisados por pares, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018, com a temática de judicialização de assuntos relativos ao acesso à saúde mental. E, utilizamos como critérios de exclusão: artigos repetidos entre as bases de dados e

nas mesmas, ou em outra língua, teses, dissertações e revisões bibliográficas e artigos que falem de forma vaga sobre a judicialização ou não abordem a saúde mental. Nesse levantamento encontramos 968 produções científicas nas três bases de dados com os descritores previstos, contudo, quando aplicados os critérios de inclusão, restaram 10 artigos, que compõem esta revisão integrativa, conforme Fluxograma 1.



Fluxograma 1 – Seleção das produções científicas nas bases de dados

Fonte: elaborado pelas autoras.

Etapa 3 – Para a extração dos dados contidos nas produções científicas utilizamos uma adaptação do instrumento validado por Ursi (2005), conforme Quadro 1, através do qual são explicitados: a identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções utilizadas e resultados encontrados;

Título do estudo:	
Autores:	
Ano de publicação:	
Título do periódico:	
Tipo de estudo:	
Objetivo(s):	
Metodologia:	
Resultados (síntese):	

Quadro 1 – Instrumento adaptado de coleta de dados

Fonte: elaborado pelas autoras baseaso em Ursi (2005).

Etapa 4 – De forma subsequente, a interpretação dos dados extraídos foi realizada através da análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2010) possibilitando avaliar a qualidade das evidências e fomentar a discussão;

Etapa 5 – Interpretação e discussão dos resultados, tecendo assim propostas de recomendação e sugestões para futuras pesquisas;

Etapa 6 – Apresentação da síntese do conhecimento a partir das produções científicas.

RESULTADOS ALCANÇADOS E DISCUSSÕES

AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE MENTAL

Nas pesquisas foram selecionados para análise 10 produções científicas a partir do uso dos descritores específicos – judicialização, demandas judiciais, ação judicial e saúde mental – em periódicos revisados por pares.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das PC por tipo de periódicos, mostrando uma predominância de publicações em revistas da área de Saúde Coletiva, principalmente pelo fato de que a judicialização da saúde tem influenciado as políticas públicas de saúde no Brasil.

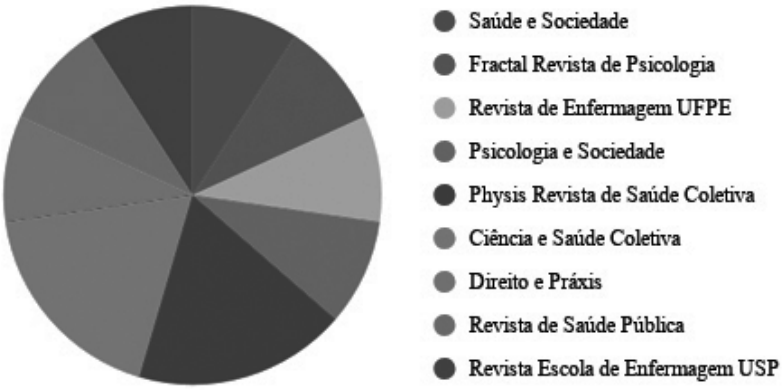


Gráfico 1 – Publicação de PC por periódicos

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em relação ao estado onde foi realizado podemos verificar no Gráfico 2 a predominância de PC em cidades das Regiões Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo) e Sul (Porto Alegre), talvez pelo fenômeno da judicialização acontecer com mais frequência em grandes centros urbanos com melhor acesso à justiça.

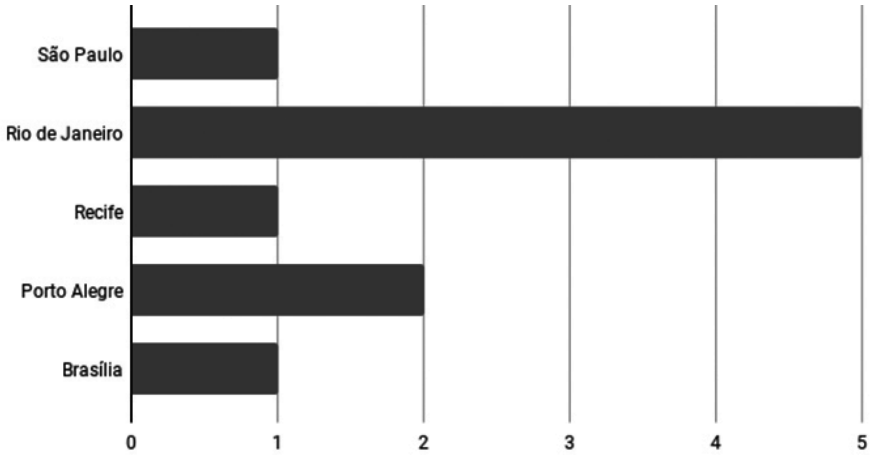


Gráfico 2 – Distribuição das PC por estado da federação

Fonte: elaborado pelas autoras.

Pode-se identificar também que houve um aumento nos últimos três anos de estudos acerca da temática (Gráfico 3), podendo-se pontuar, como supracitado, uma possível reflexão recente da saúde mental em si no campo da judicialização.

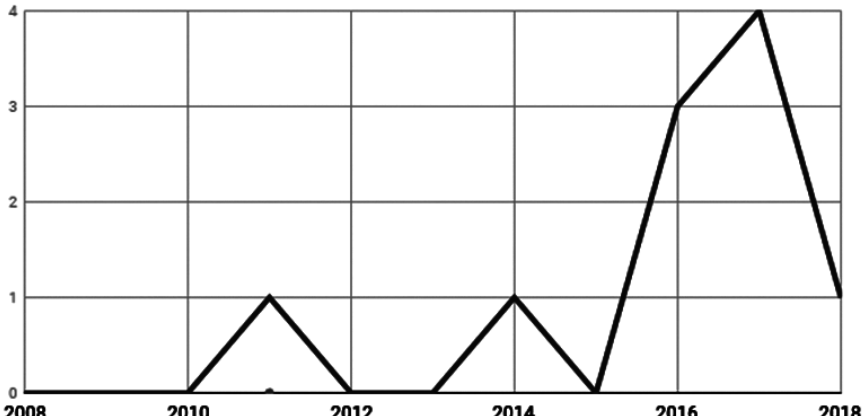


Gráfico 3 – Distribuição das PC por ano de publicação

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em relação à temática das PC publicadas nas fontes selecionadas entre 2010-2018, dentre as 10 PC, oito delas discutiram os termos do internamento por uso de drogas, internação psiquiátrica e envolvimento com atos ilícitos. Os outros dois artigos versavam sobre uma estratégia alternativa à judicialização do cuidado em saúde mental e sobre a atuação do Ministério Público nas prisões, conforme o Gráfico 4.

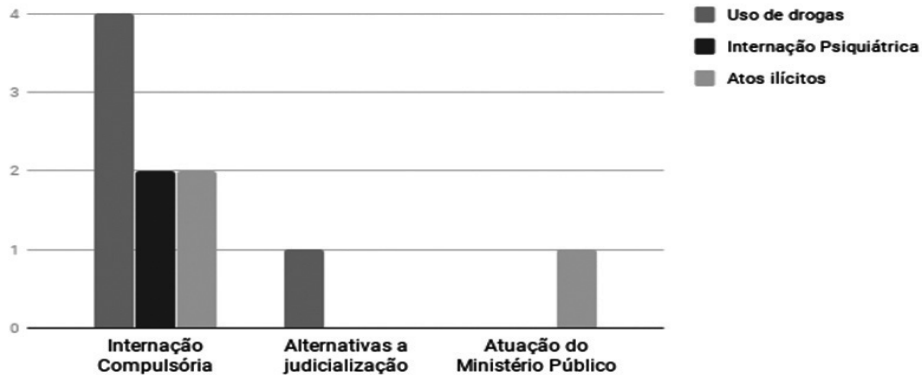


Gráfico 4 – Distribuição das temáticas apresentadas nas PC

Fonte: elaborado pelas autoras.

No Quadro 2, apresentamos as PC utilizadas na presente revisão integrativa destacando os autores e objetivos:

	AUTORES	OBJETIVOS
1	ROCHA, C.; SILVA, M.; ASENSI, F. Juridicização engajada da adolescência: sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 201-214, 2018.	Compreender um caso de internação psiquiátrica compulsória (IPC) infantojuvenil.
2	REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. Nas teias da "rede de proteção": internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. *Fractal*: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 94-101, 2016.	Problematizar as práticas de internação compulsória de adolescentes por uso de drogas, evidenciando seu uso como uma ferramenta de gestão dessa população que vai ser convocada frente a demanda de recolocar os jovens, considerados desviantes/delinquentes, no lugar da norma.
3	ESLABÃO, A. D.; PINHO, L. B; LIMA, M. A. D. Análise do processo de trabalho de uma equipe itinerante de saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 11, n. 11, p. 4369-4379, 2017.	Analisar o processo de trabalho de uma Equipe Itinerante de Saúde Mental.

4	REIS, C.; GUARESCHI, N. M. de F.; CARVALHO, S. Sobre jovens *drogaditos*: as histórias de ninguém. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, p. 68-78, 2014. Número especial.	Problematizar a forma como, na relação entre os campos da saúde mental e da justiça, vai se desenvolvendo uma biopolítica voltada para o governo da população de "adolescentes drogaditos".
5	AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017.	Desenvolver uma reflexão crítica ao atual movimento ligado às iniciativas de internação compulsória (IC) como abordagem e proposta de tratamento às pessoas em uso de drogas, em um contexto de novos desafios que se apresentam à continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP).
6	LOPES, L. M.; ASENSI, F. D.; SILVA JUNIOR, A. G. A judicialização indireta da saúde: um estudo de caso sobre a experiência de Cachoeiro de Itapemirim/ES. *Revista de Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 285-320, 2017.	Analisar e compreender um tema aparentemente incipiente e ainda não investigado: a judicialização indireta da saúde.
7	SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional:reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016.	Discutir a estreita relação entre a saúde mental, o sistema de justiça criminal e o sistema prisional, cujas interfaces concretas são o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.
8	MOREIRA, L. H. O.; LOYOLA, C. M. D. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 692-699, 2011.	Relacionar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente psiquiátrico, considerando o tipo de internação; analisar a reação da equipe de enfermagem em relação ao paciente de internação psiquiátrica involuntária (IPI), e discutir as implicações da IPI para a clínica da enfermagem psiquiátrica.
9	ARÊAS NETO, N. T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-540, 2017.	Analisar a publicação de artigos científicos da área da saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade no estado do Rio de Janeiro, Brasil no período de 2000 a 2015.

10	PUPPIM, É. B. T. A atuação do Ministério Público no campo da saúde nas prisões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2161-2169, 2016.	Dar a palavra a uma promotora de justiça do Ministério Público Estadual, Dra. Érika Puppim para que compartilhe com os leitores seu ponto de vista e as dificuldades que encontra no desempenho de sua função na proteção das pessoas presas.

Quadro 2 – Relação de produções científicas e seus objetivos utilizados na Revisão Integrativa

Fonte: elaborado pelas autoras.

Quanto à metodologia, 10 PC se configuram como pesquisas qualitativas, sendo três (3) estudos de casos, um (1) estudo etnográfico, duas (2) análises de documentos, uma (1) revisão sistemática da literatura e uma (1) pesquisa de campo, os demais (2), se denominaram como quali-quantitativa com análise de documentos, e outro de natureza teórico-conceitual. É importante salientar que todos os artigos apresentam uma robusta construção teórica e argumentativa, fundamentando a discussão proposta.

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE MENTAL

Esse estudo sobre a judicialização do acesso à saúde mental nas produções científicas do Brasil no período analisado tratam, em geral, de questões relacionadas às drogas e aos atos ilícitos de crianças e adolescentes, tendo como principal medida de intervenção a internação compulsória. (Arêas Neto; Constantino; Assis, 2017; Azevedo; Souza, 2017; Eslabão *et al.*, 2017; Lopes; Asensi; Silva Junior, 2017; Moreira; Loyola, 2011; Reis; Guareschi; Carvalho, 2014; Guareschi, 2016; Soares Filho; Bueno, 2016)

A internação compulsória é definida enquanto medida determinada por medida judicial, segundo o artigo 3º, § 4º da Portaria nº 2.391 de 2002.

Quando o assunto é o uso de drogas, a PC4 (Reis; Guareschi, 2016) explicita que existe uma tradição histórica de utilizar a internação compulsória como mecanismo interventivo para dar conta da drogadição, por compreender que o uso de drogas está diretamente ligado a violência. Contudo parece que realmente se busca atingir não é o cuidado em saúde mental, mas sim tais "distúrbios de comportamento" vinculados a tal condição.

Para o entendimento de tal fenômeno é necessário termos uma compreensão sobre a política prévia dessa problemática que fundamenta as argumentações desses autores ao fazer uma associação direta de adolescentes usuários de drogas à criminalidade e à doença, fazendo com que o Estado seja convocado a intervir sobre este problema, conforme as PC5 (Azevedo; Souza, 2017); PC2 (Reis; Guareschi, 2016); PC4 (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014); PC6 (Lopes; Asensi; Silva Junior, 2017); PC9 (Arêas Neto; Constantino; Assis, 2017); PC10 (Puppim, 2016).

As discussões acerca da produção de saberes sobre essa intervenção são permeadas por questões econômicas e sociais relacionadas ao uso de drogas, sendo interpretadas de forma naturalizada e individual PC5 – (Azevedo; Souza, 2017); PC2 – (Reis; Guareschi, 2016); PC4 – (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014); PC10 – (Puppim, 2016); além de explicitar a inversão das práticas protetivas punitivas constituídas no interior de Processos Judiciais: PC2 – (Reis; Guareschi, 2016); PC3 – (Eslabão *et al.*, 2017); PC4 – (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014); PC6 – (Lopes; Asensi; Silva Junior, 2017).

Todavia, essa inversão de práticas protetivas punitivas se apresenta quando nos processos judiciais as histórias dos adolescentes são narradas de forma impessoal e não há o reconhecimento da existência de um sujeito para além do desvio e o uso de drogas.

Segundo a PC4 (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014), nos processos judiciais não se fala sobre o sujeito, mas sim de uma categoria "adolescentes drogaditos", esvaziando a experiência específica a ser discutida, constituindo-se um ponto de reflexão da discussão da judicialização da saúde mental. Nesses estudos os autores afirmam que os argumentos utilizados nos autos processuais não se configuram a partir de uma perspectiva de identificação das necessidades daquele sujeito, mas trata-se de um olhar psicopatologizante, criminalizado, que recaem sobre o indivíduo e seu comportamento atendem a outras demandas, extrapolando a questão do uso de drogas ou crimes efetivamente cometidos. São utilizados argumentos, como justificativa de "afastá-lo das ruas", "conduta agressiva", "forma de proteção e exploração infantil", "o tempo da internação auxiliaria a família a se reorganizar", "pois teme-se pela vida, que está ameaçado de morte por traficantes", "desenvolvimento e a formação saudável do feito", "evitar o acesso às drogas

e recaída", "retirar o jovem do caminho da criminalidade" ou "quando for conveniente à ordem pública"

Ainda referente aos processos judiciais, a PC3 (Eslabão; Pinho; Lima, 2017) refere que as intervenções propostas nos processos judiciais versam sobre a exigência de cumprimento das internações compulsórias em um prazo de até 24 horas, o que acabam por dificultar a possibilidade de se buscar estratégias de cuidado apropriado a esses usuários em tão pouco tempo. Todavia, os autores apresentam estratégias alternativas relativas ao posicionamento dos profissionais nos relatórios e respostas da justiça a partir das descrições às necessidades de atenção à saúde específicas e as atitudes corretas politicamente, no sentido de desconstruir a terapêutica de internação como único caminho possível ao acionar outros dispositivos da rede e evitando que o CAPS AD se torne apenas de mediação para a efetivação de uma internação compulsória.

Já a PC6 (Lopes; Asensi; Silva Junior, 2017) faz referência à uma outra forma de apresentação da judicialização do acesso à saúde mental, chamando a de judicialização indireta da saúde. Tendo seu entendimento enquanto um fenômeno que tem um processo judicial em curso, que não foi iniciado por questões relativas à saúde mental, quando tem a possibilidade de serem identificadas demandas específicas à saúde mental, e, a partir disso, aplicadas medidas protetivas de forma superveniente ou incidental.

Consequentemente, para os autores, o emprego desse recurso constitui-se enquanto garantidor de acesso às políticas de saúde, em que eles destacam em sua pesquisa o direito à saúde de crianças e adolescentes.

No entanto, apesar da PC6 (Lopes; Asensi; Silva Junior, 2017) destacar a judicialização indireta como um mecanismo interessante de acesso à saúde, faz-se necessário pensar também quais os conceitos, valores e diretrizes teórico-normativos adotados para afirmar, visto que a internação compulsória como evidenciada na pesquisa (ainda que em termos mais brandos), não se constitui, se usada como primeira medida de intervenção, como inclusiva, nem está alinhada com a concepção preconizada na Reforma Psiquiátrica para usuários de drogas enquanto garantia de direitos. O que nos leva a reflexões sobre como o Ministério Público e o Poder Judiciário se posicionam ético-politicamente diante de questões tão sensíveis como a

drogadição infantojuvenil no país de uma forma geral, e se essa postura se encontra alinhada com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A fim de fundamentar teoricamente tais discussões, a PC5 Azevedo e Souza (2017) faz uma crítica sob tais concepções, utilizando-se do termo aplicado por Labrousse (2010), "geopolítica das drogas", justificando que a política mundial de guerra às drogas se manifesta de forma singular em cada país e afeta as relações jurídico-sociais.

Por conseguinte, no Brasil, a noção de proibicionismo se estabelece não apenas no contexto moral religioso, mas estende-se como uma lei e diretriz clínico-psiquiátrica brasileira, adotando, a Lei de Entorpecentes (Lei n° 11.346 de 2006) assumindo a abstinência como principal objetivo, devido a proliferação do uso de drogas lícitas e ilícitas na época. Tal compreensão faz-se importante visto que tal posicionamento reduziu o campo perceptivo de discussão sobre o fenômeno das drogas afetando diretamente as políticas de saúde, visto que o estigma produzido sobre o uso de drogas resulta em um acolhimento tardio desse usuário quando a situação se encontra agravada, constituindo-se como uma "rede de proteção em situação aguda" PC5 – (Azevedo; Souza, 2017).

Na visão de Foucault (2008, p. 47), entender as ações do governo sobre a vida desses adolescentes constitui-se como biopolítica, sendo, portanto, uma tecnologia que compõe o biopoder – "o poder sobre a vida através de um processo de estatização do biológico". Contudo, o olhar biológico sobre esses sujeitos não são os únicos que munem tais concepções sobre adolescentes que usam drogas. A psicologia e o direito também se configuram como campos de saber nesta discussão.

O saber psicológico nas práticas judiciais, muitas vezes concebe o adolescente como um sujeito desprovido de autocontrole e entende o uso de drogas como uma doença mental, tendo seu lugar de atenção no campo da saúde passível de cura e recuperação, atuando assim na produção de modos de ser desses sujeitos. O direito, por sua vez, trata da distinção legal entre o usuário de drogas e o traficante, cabendo ao primeiro atendimento nos serviços de saúde e ao segundo um olhar de inimigo a ser combatido, restando-lhe o encarceramento PC2 (Reis; Guareschi, 2016).

Nesse sentido, a relação entre o direito e a medicina ocasionou em um deslocamento da assunção do delírio, como característica necessária para o

indicativo de loucura, cedendo espaço para o comportamento impulsivo, portanto "o princípio do instinto como substituto do delírio na gênese da loucura e do comportamento desviante" PC5 (Azevedo; Souza, 2017, p. 498), tornando esses adolescentes inscritos no lugar de doentes mentais e vítimas do vício, transpassado pela violência e criminalidade PC2 – (Reis; Guareschi, 2016; PC7 – (Soares; Bueno, 2016).

Contudo, é um cenário que possibilita a difusão de um imaginário social que vincula diretamente a adolescência "drogadita" com a violência, gerando a disseminação do sentimento de insegurança junto à população. Para tanto, concordamos com a PC2 (Reis; Guareshi, 2016) que são necessárias ações incisivas diante de tais condutas desviantes. Além do mais, o Judiciário precisa se posicionar com a atividade disciplinar para com o adolescente e exercer certo domínio ainda que momentaneamente. Assim, a judicialização e a internação psiquiátrica surgem como estratégias de normalização do adolescente estigmatizado como delinquente, e muitas vezes considerado não só pelos atos efetivamente cometidos, como por sua condição de semelhança com um sujeito potencialmente criminoso e violento.

A internação dirigida à população vulnerável – "adolescente drogaditos" tem o foco na droga como uma coisa proibida e do mal, sem atentar para os determinantes sociais, culturais, econômicos e outros, do contexto de cada um.

Assim, quando esse sujeito sai da internação, retorna para o mesmo ambiente sob as mesmas condições, obtendo as mesmas respostas, o que muito provavelmente resultará no retorno a tais comportamentos, porém agora ele permanece sendo o único responsável pelo seu fracasso. Reconhecer como principal e única resposta possível a um problema multifacetado como o das drogas, pode acabar por ofuscar as demais faces existentes na relação do sujeito com as drogas e as demais questões envolvidas (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014).

Entretanto, segundo a PC5 é necessário pensar que a discussão das drogas é localizada em um cenário específico, sobre um público específico, com uma perspectiva política clara, "foi necessário construir um regime de visibilidade que expressasse, a partir dos usuários de drogas em situação grave, uma verdade sobre as drogas: um regime de luz sobre o destino para

aqueles que se arriscarem a experimentar as drogas" (Azevedo; Souza, 2017, p. 495).

Sendo assim nas PC9 (Arêas Neto; Constantino; Assis, 2017) e PC4 (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014), seus autores entendem que a internação psiquiátrica não apresenta bons resultados no que diz respeito a um desenvolvimento físico e mental dos adolescentes. Elas muitas vezes desrespeitam os direitos humanos e intensificam processos de exclusão, contudo é mantida como um mecanismo de exercício de um poder de normalização. De outro modo, a internação pode se configurar como possibilitadora do acesso à saúde mental ao oferecer um tratamento intensivo com suporte para crises, sendo muitas vezes uma porta de entrada a usuários que não estão circunscritos no território do CAPS ou por ausência de leitos para internamento em CAPS III.

No entanto, é preciso perceber que há uma concepção política que assume as drogas, especialmente o fenômeno do crack, como símbolo da falência da Reforma Psiquiátrica, questionando-a como paradigma ineficiente diante da situação e estabelecendo assim terreno fértil para uma tentativa de reativação de um modelo de assistência asilar, como pontua Yasui (2013).

Apesar do entendimento que os adolescentes, usuários de drogas, possuem condições e experiências de vida que ultrapassam a experiência pessoal com o uso e abuso de substâncias químicas, eles são sujeitos de desejo e direito. Além do mais é preciso que o Judiciário se aproprie dos termos e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial para ter uma compreensão que a atenção assistencial se dá majoritariamente no território, acolhendo a demanda subjetiva desse sujeito com o objetivo de reduzir o estigma social existente sobre a loucura, drogas e outras temáticas pertinentes.

A garantia de direitos por meio das ações judiciais, apesar de se configurar enquanto uma forma de acesso à saúde legítima, precisa ser refletida por todos os seus atores, envolvendo os operadores dos direitos e profissionais de saúde, para que solicitações como as de internação compulsória possam diminuir e outras formas de atenção à saúde mental alinhadas com os ideais de dignidade, autonomia, participação social e valorização do sujeito sejam a primeira opção, fazendo com que a Reforma Psiquiátrica

continue a progredir no país e medidas de retrocesso não sejam adotadas com naturalidade.

ESTRATÉGIAS À JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE MENTAL

Estratégias importantes foram defendidas nas PC analisadas para o fenômeno da judicialização do acesso à saúde mental no Brasil, dentre elas a observância dos princípios da Reforma Psiquiátrica nos dispositivos de assistência e nas decisões judiciais; o reconhecimento e funcionalidade de estratégias adotadas em alguns estados brasileiros; e o cumprimento das legislações.

São estratégias que se fundamentam principalmente sob o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a proteção dos mesmos, assegurados por lei desde 2001, fruto da luta da Reforma Psiquiátrica que culminou no redirecionamento do modelo assistencial de cuidado à saúde mental (Brasil, 2001).

O lema "Por uma sociedade sem manicômios" emerge após anos de um modelo assistencial asilar, biomédico, excludente e historicamente marcado por tortura, isolamento e ausência de direitos PC7 – (Soares Filho; Bueno, 2016).

Contudo, apesar de todos os avanços na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a efetivação da mudança assistencial, a reforma ainda acontece e enfrenta resistências na compreensão e compromisso dos profissionais (e outros elementos) do ponto de vista teórico-conceitual e prático dessa nova forma de se pensar a saúde mental. Passa-se a compreender a pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, único, que possui vontades, potencialidades, localizado em um território que lhe é familiar, pertencente a sociedade, cabendo então ao profissional possibilitar alternativas de expressão de sua produção psíquica e de sua autonomia PC8 – (Moreira; Loyola, 2011).

Dessa forma, toda prática voltada a saúde mental precisa, invariavelmente, adotar tais concepções, independente de posicionamentos individuais, fazendo então necessário a constante autorreflexão crítica com o objetivo de

> desfazer os asilos mentais e as mentalidades asilares que corroboram com o nosso olhar clínico e compõem a nossa clínica. E com toda a cultura, é preciso determinar outros sistemas simbólicos, outras verdades possibilitadoras de subjetividades, liberdades e dignidade para todos (Moreira; Loyola, 2010, p. 693).

Algumas estratégias utilizadas em determinados estados brasileiros foram observadas neste estudo que tem surtido efeito diante da judicialização do acesso à saúde mental, explicitados em alguns estados que serão apresentados a seguir.

No Rio de Janeiro, diante do cenário de desrespeito aos direitos humanos básicos em instituições de medidas socioeducativas, criou-se o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT) mediante a Lei n° 5.778 de 2010, que tem como ações o planejamento e execução da atua planejando e realizando visitas periódicas e regulares a espaços de privação de liberdade, buscando identificar rotinas que indiquem ocorrência de torturas, visto que a internação apresenta-se como um dos principais objetos da judicialização do acesso à saúde mental no país PC9 – (Arêas Neto; Constantino; Assis, 2017).

Em Goiás, há o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAI-LI) sob a gestão do Poder Judiciário e em Minas Gerais o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, ambos operam sobre a égide da Reforma Psiquiátrica e as Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental, possuindo equipes multiprofissionais que proporcionam a conexão entre o sistema de justiça criminal e as redes de SUS e do Sistema Único De Assistência Social (SUAS) buscando reduzir os internamentos em Hospitais Custódia PC7 – (Soares Filho; Bueno, 2016).

Mas no Rio Grande do Sul, devido ao crescimento do número de ações judiciais na saúde mental relativas a jovens usuários de drogas e o uso da internação compulsória como ferramenta prioritária de tratamento, instituiu-se uma Equipe Itinerante de Saúde Mental como proposta inovadora de cuidado nesse contexto. A equipe busca promover práticas de cuidado a partir da itinerância pelo território, promover cuidado aos usuários e famílias, e principalmente realizar a aproximação e diálogo com o setor judiciário. Tal articulação acontece com o uso das guias de atendimento para

os serviços de saúde mental, fornecidas pela justiça a familiares e usuários que procuram o Judiciário. O uso dessas guias permite que profissionais da área de saúde possam identificar e avaliar as reais necessidades dos usuários e realizar um cuidado ampliado através da articulação em rede. Assim, têm-se uma conduta voltada a perspectiva da reafirmação da integralidade do cuidado humanizado e de promoção da reinserção social, envolvendo os serviços de referência, desburocratizando as ações no campo da saúde, proporcionando assim garantia no acesso a saúde mental PC 3 – (Eslabão; Pinho; Lima, 2017).

Portanto, medidas concretas e inovadoras podem ser adotadas a fim de reduzir o fenômeno da judicialização no campo da saúde mental, alinhado ao cumprimento da legislação por parte dos gestores envolvidos com os dispositivos de assistência.

A Portaria nº 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial baliza e reforça as diretrizes da atenção no país como o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, combate a estigmas, garantia ao acesso e qualidade dos serviços, atenção humanizada, estratégias de cuidado no território, desenvolver estratégias de redução de danos, promoção a saúde.

Nessa portaria, identifica-se principalmente uma necessidade da realização de atividades de prevenção e promoção de saúde como estratégia na atenção ao usuário de drogas e sua família PC3 – (Eslabão; Pinho; Lima, 2017). Porém, se foram cumpridas segundo a PC10 (Puppim, 2016), constituem-se como parte central para o avanço na atenção à saúde mental no país e são estruturantes na atenção à saúde prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) (Brasil, 2014) e a Lei nº 11.643 de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (Brasil, 2006).

Nesse sentido, de acordo com a PC3 (Eslabão; Pinho; Lima, 2017), a judicialização pode ser evitada mediante a comunicação entre os profissionais responsáveis, seja da área do direito ou da assistência em saúde mental, priorizando as demandas coletivas, entendendo-se a necessidade de avançar nas discussões municipais entre a gestão municipal da saúde mental com o judiciário, objetivando progredir diante desse fenômeno.

Todavia reconhecemos que é necessário o conhecimento dos dispositivos e profissionais responsáveis por direcionar o cuidado à saúde mental desses adolescentes, entre estes psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, pedagogos e os operadores do direito no campo da judicialização. Acreditamos que o discurso desses profissionais podem ser responsáveis por direcionar o olhar e a conduta sobre essa população, mediante a possibilidade de proporcionar e fortalecer uma atenção à saúde mental de forma integrada e articulada em uma rede intersetorial, promovendo acesso e integralidade na atenção.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A internação compulsória, portanto, configurou-se como a temática central da discussão da judicialização do acesso à saúde mental neste estudo a partir de sua interface drogas, delitos, crianças e adolescentes, e entraves e potencialidades oriundos da relação da saúde mental com o Poder Judiciário.

A principal reflexão levantada é sobre o protagonismo da internação compulsória em relação às outras possibilidades de assistência e acolhimento das demandas. Na PC3 (Eslabão; Pinho; Lima, 2017) foi perceptível prioridade às medidas de privação de liberdade, até porque a prática reflete quais concepções teóricas e conceituais acerca da saúde mental e das drogas que fundamentam a conduta profissional tanto no campo da saúde mental, quanto no direito. Para tanto, retornamos à questão de pesquisa deste estudo: como tem se dado o acesso à saúde mental no país? A realidade do resultado do questionamento mostrou que a judicialização tem revelado apenas um recorte importante sobre o acesso à saúde mental por vias administrativas.

Para a PC9 (Arêas Neto; Constantino; Assis, 2017) ao se discutir internação compulsória de crianças e adolescentes vemos que, mesmo após três décadas de aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ainda há um caminho a ser trilhado de sensibilização dos gestores e profissionais sobre as nuances da saúde mental em privação de liberdade, por qualquer que seja o motivo, entendendo essa distância entre o ideal jurídico e a garantia dos direitos de fato.

Contudo, a discussão no recorte do uso e abuso de drogas envolvendo crianças e adolescentes apesar de se constituir como um problema de saúde pública de caráter urgente, ainda são observadas a ausência de políticas públicas específicas e direcionadas ao tratamento de crianças e adolescentes que fazem o uso de substâncias psicoativas PC6 – (Lopes; Asensi; Silva Junior, 2017). Nesse sentido, questionamos se os dispositivos responsáveis por tal demanda seriam os Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) ou outros dispositivos que precisam ser implementados por entendermos que a temática é complexa, além de depender de profissionais sensíveis, críticos, familiarizados e capacitados para acolher tal condição.

É possível identificar no país práticas alternativas à judicialização do cuidado à saúde mental como as vivenciadas nos Estados de Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, reconhecendo o impacto econômico no fenômeno das políticas de saúde do sistema sustentadas nas PC9 (Arêas Neto; Constantino; Assis, 2017), PC7 (Soares Filho; Bueno, 2016), PC3 (Eslabão; Pinho; Lima, 2017). Contudo, novos desafios têm sido lançados ao campo da saúde mental todos os dias. Mudanças recentes foram realizadas nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD nº 1/2018) (Brasil, 2018), estas retiram a centralidade da política de redução de danos, trazendo ao cenário a abstinência como um dos objetivos principais, apontam a internação involuntária de usuários de drogas e fortalece o espaço para as Comunidades Terapêuticas[1].

Além disso, no contexto brasileiro atual – Gestão Federal 2018-2022 – o executivo reduziu o número de membros no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)[2], mediante decreto, excluindo representações da sociedade civil da discussão, dentre elas retirados estão a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), os Conselhos Federais de Medicina, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e Educação, além da União Nacional dos Estudantes (UNE) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Um posicionamento questionável, porém, politicamente estabelecido. Alterações também têm sido sugeridas, mediante Nota Técnica divulgada e retirada no primeiro trimestre do referido ano, entre as possíveis alterações têm-se a inclusão dos hospitais psiquiátricos como dispositivos centrais na

1 Ver: Baptista (2019).

2 Ver: Teixeira (2019).

Rede Atenção Psicossocial (RAPS), o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e a internação de crianças e adolescentes.

O cenário político de fortalecimento da lógica neoliberal de ordem pública pode, neste sentido, "confundir-se" com o controle da criminalidade e intervenção sobre aqueles que colocam em risco os "cidadãos de bem", a partir dessa leitura a figura do jovem negro e pobre desponta e há uma criminalização da desigualdade e da pobreza através de um discurso supostamente científico PC 4 – (Reis; Guareschi; Carvalho, 2014).

Desse modo, o acesso à saúde mental e os desdobramentos da judicialização constituem-se enquanto temáticas urgentes diante dos dados encontrados como realização de práticas, como diante das mudanças previstas no campo. Esse estudo, portanto, reafirma a necessidade de compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, entendendo que a garantia dos direitos deve ser progressiva, refinando-se as discussões e não seguir em um movimento contrário, destacando assim a contribuição desse estudo na compreensão do cenário nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização da saúde, um fenômeno complexo, multifacetado e multiprofissional é gerador de comprometimento no orçamento e planejamento do SUS (Borges; Ugá, 2010), além de revelar ausências administrativas no acesso à saúde (Pepe *et al*., 2010).

Este estudo traz um recorte no campo da saúde mental, por considerar as recentes alterações no modelo assistencial, tendo-se assim a necessidade de uma compreensão sobre como a judicialização se apresenta no campo da saúde mental no país, o que pode possibilitar uma compreensão ampliada das discussões sobre gestão, das potencialidades e dos entraves existentes para o acesso a saúde mental.

A judicialização no campo da saúde mental, no período de 2010-2018 neste estudo, se dá predominantemente junto à temática das drogas e da internação compulsória como intervenção com crianças e adolescentes. Contudo, a PC sobre a temática ainda é inexpressiva como a judicialização da saúde de modo geral. Na questão sobre as drogas, foi observada uma vinculação direta do uso e abuso de substâncias químicas com a criminalidade,

demandando por parte da sociedade uma intervenção do Estado sobre tal situação.

Além do mais foi explicitado que no processo de judicialização, tem sido adotado enquanto medida principal de intervenção a internação psiquiátrica ou internação em dispositivos de medidas socioeducativas com caráter de urgência, uma vez que há uma tendência a se optar por medidas de retirada desses sujeitos do ambiente social, e destinando-os a espaços de internação, uma estratégia contraditória ao modelo defendido de atenção à saúde mental, tendo em vista a Rede de Atenção Psicossocial e a rede intersetorial para um acolhimento e intervenção com esses adolescentes dentro do território, reconhecendo sua autonomia, dignidade e implicação no processo.

Ainda no processo de judicialização é possível notar um esvaziamento da subjetividade desses adolescentes usuários de drogas na narrativa judicial. Nas PC foi destacada ainda a ocorrência de uma outra forma de judicialização em saúde mental, chamando-a de judicialização indireta, através da qual, em processos já em curso, se identificam lacunas no acesso à atenção em saúde mental a partir de uma demanda com a adoção de medidas protetivas de forma superveniente, o que poderá vir a ser considerada uma nova faceta da judicialização.

Outrossim, foram explicitadas algumas medidas adotadas no país como estratégias para reduzir a judicialização no campo da saúde mental, como a experiência de Equipe Itinerante em Porto Alegre (RS), no Rio de Janeiro com o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT), em Goiás com o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAI-LI) e no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ).

Assim, é possível afirmar que há necessidade de se trazer a discussão da judicialização em saúde mental como tema de investigação em níveis regionais e locais com veemência, para que tenhamos uma maior compreensão de como esta se apresenta, seus entraves, possibilidades e nuances no território nacional.

Enfim, por entendermos que a judicialização é um fenômeno que possibilita o acesso à saúde, ela precisa ser refletida junto aos gestores de saúde, em termos de sua intencionalidade e pressupostos assumidos, podendo-se também adotar medidas alternativas diante do cenário. Portanto, os

princípios da Reforma Psiquiátrica são os norteadores centrais de toda e qualquer discussão no campo da saúde mental com suas reflexões e defesa pelos profissionais da saúde e demais envolvidos na atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

ARÊAS NETO, N. T.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-540, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/X9p7vFyRHLwCwvJddmRW9WD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/T78xrxYK8j4bBYXDPSZWXvR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

BALESTRA NETO, O. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87-111, 2015. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100025. Acesso em: 10 ago. 2023.

BAPTISTA, R. Avançam mudanças no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. *Senado Notícias*, Brasília, DF, 8 maio 2019. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/08/avancam-mudancas-no-sistema-nacional-de-politicas-publicas-sobre-drogas. Acesso em: 10 ago. 2023.

BORGES, D. da C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de primeira instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Zgc6jhqCKFgBnKZ4jFcyg7F/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 122, p. 1-2, 28 jun. 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2-3, 16 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18060, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69-E, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei n° 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 163, p. 1-6, 24 ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores [...]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 13, p. 1-12, 20 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Resolução nº 1, de 09 de março de 2018*. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2018. Disponível em: https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/RESOLU%C3%87%C3%83O_N%C2%BA_1_DE_9_DE_MAR%C3%87O_DE_2018_-_CONAD.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. [Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) [...]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 14 ago. 2023.

CARTA de Ottawa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-28. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

CARVALHO, E. C.; DAVID, H. M. S. L. Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 546-550, 2013. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/10015. Acesso em: 5 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Recomendação nº 31 de março de 2010*. Recomenda aos Tribunais e adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília, DF: CNJ, 2010.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 33-34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 30 jul. 2023.

ESLABÃO, A. D.; PINHO, L. B.; LIMA, M. A. D. Análise do processo de trabalho de uma equipe itinerante de saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 11, n. 11, p. 4369-4379, 2017. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/173421. Acesso em: 10 ago. 2023.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

LOPES, L. M.; ASENSI, F. D.; SILVA JUNIOR, A. G. A judicialização indireta da saúde: um estudo de caso sobre a experiência de Cachoeiro de Itapemirim/ES. *Revista de Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 285-320, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdp/a/MzSppLJGSddK4Pp6r4kMywR/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

MACHADO, F. R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 355-371, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/xktwwSxKhMMWfNQVS4Tt43D/. Acesso em: 10 ago. 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto* – Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, L. H. O.; LOYOLA, C. M. D. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 692-699, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xLWw7nYkBmQXBmHfyH7Th8w/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. *Nursing*, São Paulo, v. 3, n. 25, p. 24-29, 2000. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/001172682. Acesso em: 10 ago. 2023.

OLIVEIRA, M. R. M. *et al*. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 525-535, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MXQmGQRJDVhFXrtDgj3sFwd/#:~:text=A%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20na%20sa%C3%BAde%20apresenta,examina%20nacionalmente%20quanto%20%C3%A0%20produ%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 10 ago. 2023.

OLIVEIRA, R. G.; SOUZA, A. I. S. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina – MG. *Revista de Saúde Pública do SUS*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 35-45, 2014. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2014/34418/34418-882.pdfo. Acesso em: 10 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. [Brasil]: OMS, 1946.

PEPE, V. L. E. *et al*. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2023.

PUPPIM, É. B. T. A atuação do Ministério Público no campo da saúde nas prisões. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2161-2169, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/M96pJGXzV4nt7J43chJfpbK/?lang=pt. Acesso em: 23 ago. 2023.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F. Nas teias da "rede de proteção": internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. *Fractal*: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 94-101, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/NHyymLGRft6mFPrtxPzLcpC/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 ago. 2023.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. F.; CARVALHO, S. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, p. 68-78, 2014. Número especial. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/qLCDR87tyC8LB3TLjVFvN5P/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 ago. 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei n° 5.778, de 30 de junho de 2010. Institui o comitê estadual para a prevenção e combate à tortura do Rio de Janeiro e o mecanismo estadual de prevenção e combate à tortura do Rio de Janeiro, e dá outras providências. *Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 30 jun. 2010.

ROCHA, C. F. *"Quadro de Internação Psicótica": estudo de caso sobre a internação psiquiátrica compulsória infanto-juvenil no Rio de Janeiro.* 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

ROCHA, C.; SILVA, M.; ASENSI, F. Juridicização engajada da adolescência: sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 201-214, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/T6R3Q6MWZdrss4Yh8GxPVMR/. Acesso em: 25 jul. 2023.

SANTOS, B. de S. *et al. Os Tribunais nas Sociedades Contemporâneas*: O Caso Português. 2. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1996.

SILVA, A. B.; SCHULMAN, G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/zcLjsNSgKDsCD5rxBQNz3LD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 26 ago. 2023.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. Direito à saúde mental no sistema prisional:reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/msHZYSxm584cphLRSPffmSg/abstract/?lang=pt. Acesso em: 5 ago. 2023.

SOUZA, L. E. P. F. *et al*. Problemas, objetos e investigações acerca da judicialização da saúde no Brasil: a contribuição do Observatório de Análise Política em Saúde Observatório de Análise Política em Saúde. *In*: TEIXEIRA, C. F. (org.). *Observatório de análise política em saúde*: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba, 2016. p. 159-186.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva?. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 15, p. 7-21, 2014. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

SOUZA, M. H. S. C. *A Intervenção do Poder Judiciário no Setor de Saúde Suplementar.* As Tutelas Antecipadas como instrumento de garantia da Assistência à Saúde no Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

TATE, C. N.; VALLINDER, T. *The global expansion of judicial power*. New York: University Press, 1995.

TEIXEIRA, R. Executivo retira representação da sociedade civil do Conad. *Senado Notícias*, Brasília, DF, 23 jul. 2019. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2019/07/23/executivo-retira-representacao-da-sociedade-civil-do-conad. Acesso em: 4 set. 2023.

TERRAZAS, F. V. Novos elementos no cenário da judicialização da saúde: análise das decisões dos Tribunais Superiores. *In*: SANTOS L.; TERRAZAS, F. V. *Judicialização da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Ed., 2014. p. 307-330.

TRABUCO, K. E. O.; SANTOS, D. S. Da reforma sanitária a reforma psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2015, São Luís. *Anais* [...]. São Luís: [*s. n.*], 2015.

URSI, E. S. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório*: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIANNA, L. W. *A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 5, 2013. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40317. Acesso em: 5 dez. 2023.

SOBRE OS AUTORES

NATHÁLIA DE OLIVEIRA SILVA

Psicóloga infantojuvenil. Pós-graduanda em Intervenção em ABA para Autismo e Deficiência Intelectual. Cofundadora do Núcleo ABA na Clinfono – Clínica de Desenvolvimento Infantil, em Alagoinhas -BA. Aluna egressa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e bolsista pesquisadora de Iniciação Científica no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: nathalia.oliveira@gmail.com

KLEIZE ARAÚJO DE OLIVEIRA SOUZA

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Professora titular do Departamento de Saúde (DSAU) da UEFS. Docente na Graduação em Enfermagem/UEFS e na pós-graduação, no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC/UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: kaosouza@uefs.br

CAPÍTULO 3

DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇAS RARAS:

ANÁLISE JURISPRUDENCIAL EM FACE DAS DEMANDAS POR MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NO SUS

Iraildes Andrade Juliano
Mariana da Silva Deutt Ferreira

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental do ser humano, conforme dispõe o artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 A Carta Magna também conferiu a saúde e a assistência pública como responsabilidade comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e, nesse sentido, foi empreendido o Sistema Único de Saúde (SUS), que é responsável, dentre outras ações, pela execução da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990).

O fornecimento de medicamentos aos usuários do SUS está previsto no artigo 6º da Lei nº 8.080/90, o qual menciona que no campo do SUS está incluída a execução de ações como vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Portaria n° 3.916/1998, estabelecendo a Política Nacional de Medicamentos

(PNM). Posteriormente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Resolução n° 338/2004 aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), cujo foco é a promoção, proteção e recuperação da saúde através de medicamentos, visando seu acesso e uso racional. "Em 2012, a Portaria nº 533, de 28 de março, estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS[1], cujo teor foi incorporado na Portaria Consolidação do SUS nº 2/2017 (Brasil, 2017a, p. 50)".

A RENAME, que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, nos termos do Decreto n° 7.508/2011, é atualizada a cada dois anos pelo MS e acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos cujos produtos deverão ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a partir daí a gestão federal do SUS poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado (Brasil, 2011c).

Essas políticas foram compiladas na Portaria de Consolidação (PC) n° 02, de 28 de setembro de 2017, que passou a integrar todas as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Assim, a PNM e a PNAF estão previstas nos Anexos XXVII e XXVIII, respectivamente, da PC n° 02/2017.

Apesar desse amplo conjunto normativo, Oliveira, Assis e Barboni (2010, p. 3.566) ressaltam que diversos aspectos comprometem a qualidade da Assistência Farmacêutica (AF) nos municípios brasileiros, sobressaindo-se, dentre eles "insuficiência de recursos financeiros, necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores".

As ações relacionadas à AF na saúde pública tiveram como foco, portanto, a ampliação do acesso e promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) e insumos para a saúde, além de buscar reorganizar a descentralização do acesso em três eixos: básico, estratégico e especializado (Barreto *et al.*, 2013; Brasil, 2017b). É no componente especializado da AF que se

1 Estrutura da RENAME: I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV –Relação Nacional de Insumos; e V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

situam os critérios e parâmetros que visam assegurar o acesso ao tratamento das pessoas com doenças raras no SUS.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 400 milhões de pessoas no mundo sofrem com doenças raras, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde visto que 95% delas não possuem tratamento específico e dependem de cuidados paliativos para assegurar uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Afetam, sobretudo, crianças de 0 a 5 anos, contribuindo para a morbimortalidade nos primeiros 18 anos de vida (Pimentel, 2015). A OMS estima a existência de 5000 a 8000 doenças raras (Brasil, 2019b).

No Brasil, o MS define a doença rara como aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. Segundo esses dados, 80% delas resultam de fatores genéticos, as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras. Quando analisadas de maneira individual os números parecem ser pouco significativos, porém como um grupo elas acometem um percentual considerável da população. Estima-se que no país cerca de 13 milhões de pacientes sofram hoje com alguma doença rara (Brasil, 2018a).

Concretamente, o aumento no número de pessoas acometidas por doenças raras interfere e afeta a saúde pública e, em consequência, observamos que há uma maior dificuldade na dispensação de fármacos pela falta de incentivo dos governos para os fabricantes locais de medicamentos considerados "órfãos", os quais recebem esta denominação devido ao pouco interesse da indústria farmacêutica por não ser vantajoso para o mercado desenvolver fármacos destinados a um pequeno número de doentes (Oliveira; Silveira, 2015).

Entretanto, para tentar romper as barreiras que dificultam o acesso aos medicamentos "órfãos", muitos pacientes têm recorrido à justiça, com considerável impacto financeiro para o poder público, caracterizando o fenômeno denominado por vários autores da saúde coletiva e do direito, de judicialização da saúde (Ferraz, 2019; Silva, 2013; Schulze, 2019; Ventura *et al*., 2010).

A judicialização da saúde, segundo Silva (2013), se caracteriza pela busca do Poder Judiciário como alternativa à obtenção do medicamento ou tratamento não provido pelo SUS, na realidade, reflexo das deficiências do

sistema de saúde. Mas, o que tem marcado a ocorrência desse fenômeno é a expansão da atuação e o protagonismo do Poder Judiciário na implementação das políticas públicas que visam efetivação do direito à saúde.

Assim, a cada ano há incremento das ações contra o Poder Público. Dados extraídos por Schulze (2019) do relatório *Justiça em Números 2019* expressam que o quantitativo de processos judiciais no Brasil até 31 de dezembro de 2018 totalizava mais de 2.2 milhões. Entre 2008 e 2017, o número de ações judiciais relativas à saúde no Brasil aumentou 130%. Na realidade, ações demandadas contra a saúde pública e a saúde suplementar (Planos de Saúde), requerendo além de novas tecnologias e procedimentos de alta complexidade, leitos hospitalares, consultas e medicamentos (Colluci, 2019).

Ao analisar a dimensão financeira da judicialização dos três medicamentos de alto custo disponíveis no mercado farmacêutico para o tratamento das mucopolissacaridoses tipos I, II e VI (doenças genéticas raras) no Brasil, Diniz, Medeiros e Schwartz (2012) identificaram que a imposição da aquisição imediata e individualizada impede a obtenção de economias de escala com a compra planejada e impõe dificuldades logísticas para o controle das quantidades consumidas e estocadas. Ressaltam também a fragilidade da assistência à saúde para os pacientes que a judicializam diante da inexistência de uma política específica para doenças genéticas raras, no período, ou dada a ausência de implementação da política de genética clínica no SUS. Resultados semelhantes foram evidenciados por Sartori Junior e demais autores (2012), em estudo sobre o acesso ao tratamento de doenças genéticas raras (Doença de Fabry) no Rio Grande do Sul, que também ressaltam a necessidade de uma política pública que assegure o acesso ao tratamento de qualidade sem afetar o planejamento da AF.

Antes da aprovação de uma política nacional, em 2014, o atendimento às doenças raras no SUS ocorria com ações isoladas e fragmentadas. Em 2009, foi publicada a Portaria nº 81, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, no SUS, visando estruturar uma rede regional de serviços e ampliar o acesso a atenção especializada (Brasil, 2009b). Embora tenha sido um marco – 80% das doenças raras são de origem genética – esta não trouxe resultados eficazes, especialmente devido à falta de previsão de recursos financeiros (Brasil, 2019b).

Posteriormente, o governo federal publicou a Portaria n° 199/2014, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, as diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS e os incentivos financeiros de custeio, tendo em vista melhoria do acesso aos serviços de saúde e informação; redução da incapacidade causada por essas doenças e contribuição para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças raras. Assim, o cuidado das pessoas com doenças raras organiza-se em dois eixos: I: composto pelas doenças raras de origem genética: anomalias congênitas ou de manifestação tardia; deficiência intelectual; e erros inatos de metabolismo; e II – composto por doenças raras de origem não genética: infecciosas; inflamatórias; e autoimunes. Atualmente tais políticas integram as Portarias de Consolidação n° 02/2017 (Normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS) e n° 06/2017 (Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para serviços de saúde do SUS).

Precedida de ampla mobilização social, em dezembro de 2017 foi realizada audiência pública pelo Supremo Tribunal Federal (STF) com participação de associações de pacientes, familiares e pessoas com doenças raras para debater o acesso a medicamentos de alto custo e o processo de incorporação de tecnologias em caso de doenças raras e medicamentos órfãos (Souza *et al.*, 2017). Neste caso os medicamentos para tratamento das doenças raras são denominados "medicamentos órfãos". Mas, somente em dezembro de 2019 foi aprovado o Relatório Final da Subcomissão Especial de Doenças Raras (Brasil, 2019b), que trata das políticas públicas relacionadas às doenças raras, epidemiologia e o diagnóstico, apresentando sugestões de aprimoramento à gestão pública, e contando, pela primeira vez, com a participação da sociedade.

Assegurar o direito à saúde das pessoas com doenças raras por meio do acesso universal e igualitário e da promoção do uso racional dos medicamentos é um tema de relevância para a Saúde Coletiva e um desafio para os gestores do SUS.

Porém, há várias limitações à inclusão de novos "medicamentos órfãos" nos programas de saúde como a restrição a uma pequena parcela da população, custos elevados e pouco lucrativos para os interesses das indústrias farmacêuticas (Oliveira; Silveira, 2015; Trajman, 2019).

Diante do exposto, entendemos que este estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão sobre a judicialização do acesso ao tratamento de doenças raras no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia (TJ-BA)[2].

Neste capítulo caracterizamos as ações judiciais que pleitearam medicamentos para doenças raras no âmbito do TJ-BA, no período de 2014 a 2018, no sentido de identificar os argumentos apresentados pelos atores envolvidos nas ações judiciais para acesso ao tratamento de doenças raras no SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo pesquisa documental, numa perspectiva qualitativa, cujos dados foram extraídos das decisões proferidas no âmbito do TJ-BA (acórdãos) disponibilizadas no repositório de jurisprudência. Foram utilizados como critérios de inclusão: processos relacionados ao tratamento de doenças raras, com livre acesso no site do TJ-BA e cujos acórdãos foram publicados no período de 2014-2018; e, como critério de exclusão os processos relativos à Saúde Suplementar.

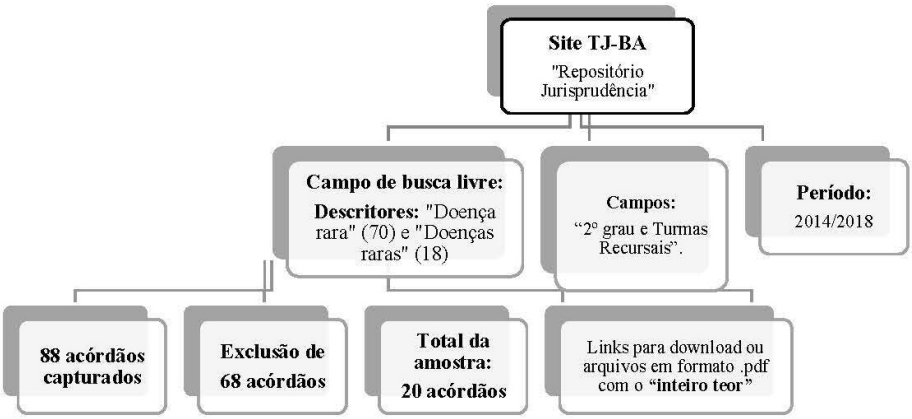
No campo de pesquisa livre do repositório foram inseridos os descritores doença rara e doenças raras – visando ampliar o resultado da busca que pode, inclusive, não representar a totalidade das decisões existentes em segunda instância – e assinalados os campos 2º grau e Turmas Recursais.

O total de acórdãos capturados foi de 88. Destes, 70 para doença rara e 18 para doenças raras. Após leitura inicial foram excluídos 68 processos – referidos a pleitos de ressarcimentos de danos e outros relativos a planos de saúde, ou acórdãos repetidos –, quando então foram selecionados 20 processos (acórdãos). Os dados foram extraídos dos textos das decisões por meio de links para *download* ou arquivos em formato portable document format (PDF) com o seu inteiro teor (de domínio público).

A coleta de dados ocorreu de outubro de 2019 a fevereiro de 2020.

O Fluxograma 1 sintetiza os passos desse procedimento metodológico.

2 De acordo com o Regimento Interno (artigos 3º e 4º) o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, órgão supremo da Justiça do Estado, tem sua sede na capital e jurisdição em todo o seu território (Bahia, 2008).



Fluxograma 1 – Procedimento metodológico para seleção dos acórdãos e extração dos dados

Fonte: elaborado pelos autores.

Os dados foram descritos de acordo com as variáveis e informações de interesse para o estudo, à luz da metodologia adaptada da proposta de sistematização de Pereira e demais autores (2015) referente às características legais e processuais, médico-sanitárias e político-administrativas das ações judiciais, quais sejam:

a) Características sociodemográficas: sexo do autor da ação. As demais variáveis (idade, renda, escolaridade, ocupação) não estavam disponíveis nos processos analisados;

b) Características processuais das ações judiciais: a comarca de origem (residência do autor); o réu da ação (União; Estado; Munresultadoicípio); o número de autores da ação; representante judicial do autor da ação (Defensoria Pública (DP); Ministério Público (MP); advogado particular); tipo de petição inicial, tipo de decisão judicial (antecipação de liminar, deferimento parcial, total ou indeferimento do pedido do autor); fundamentação da urgência e emergência alegada no pedido; resultado em segunda instância; argumentação dos atores (autor/usuário; réu/gestores e juiz);

c) Características médico-sanitárias: objeto da demanda judicial: medicamentos, insumos e/ou serviços/procedimentos pleiteados; condição patológica do autor/usuário da ação judicial, a presença do medicamento na RENAME a prescrição pelo nome genérico e a alternativa terapêutica no SUS;

d) Características político-administrativas: origem da prescrição médica (rede pública ou privada) do bem pleiteado; registro do medicamento na Anvisa; o número de medicamentos por componente do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica; e custos unitários estimados com medicamentos judicializados.

Para a sistematização e organização dos dados, foi utilizada uma planilha no programa MS Excel 2016. A análise foi realizada à luz da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2010) num esforço de sistematização dos sentidos e significados relativos aos conteúdos manifestos e latentes nos acórdãos selecionados para o estudo, tendo em vista as seguintes etapas: pré-análise (seleção, leitura "flutuante" e constituição do *corpus*); exploração do material; tratamento dos resultados, organização em quadros e tabelas, inferência e interpretação à luz da literatura. Assim, foram extraídas as seguintes unidades temáticas/núcleos de sentidos: características das demandas judiciais para acesso ao tratamento de doenças raras no âmbito do TJ-BA; indisponibilidade de características sociodemográficas do autor/usuário da ação judicial; características processuais, médico-sanitárias e político-administrativas das ações judiciais.

Foi também realizada uma revisão de literatura sobre a judicialização da saúde e doenças raras utilizando o banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), através dos descritores: judicialização AND direito à saúde, judicialização AND doenças raras, e análise da jurisprudência no STF. A coleta de dados foi feita em banco de dados de domínio público, não sendo necessária a aprovação do projeto em comitê de ética, mas respeitadas as normas que orientam a eticidade na pesquisa em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos e analisados de acordo com as unidades temáticas/núcleos de sentidos estabelecidos: características das demandas

judiciais para acesso ao tratamento de doenças raras no âmbito do TJ-BA; características legais e processuais, médico-sanitárias e político-administrativas das ações judiciais.

CARACTERÍSTICAS DAS DEMANDAS JUDICIAIS PARA O ACESSO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS RARAS NO ÂMBITO DO TJ-BA

Os resultados obtidos são baseados na análise jurisprudencial do judiciário baiano em face das demandas de medicamentos para tratamento de doenças raras no período de 2014 a 2018. Foram selecionados para análise, a partir dos critérios de inclusão, 20 acórdãos: sete acórdãos em 2014; três em 2015; três em 2016; quatro em 2017 e três em 2018.

As características sociodemográficas referem-se aos atributos da população ou de grupos populacionais de um país ou de uma cidade em relação aos aspectos sociais e demográficos, tais como sexo, idade, renda, escolaridade e ocupação (Pereira *et al.*, 2015). Dos 20 acórdãos analisados, 10 autores são do sexo masculino, nove do sexo feminino (45%), e em um acórdão a informação não foi relatada por se tratar de autores/usuários menores de idade. Segundo o artigo 5º, do Código de Processo Civil (CPC), a menoridade cessa aos 18 anos completos.

De acordo com Pereira e demais autores (2015), à luz de Bireme (2010), a informação de sexo seria aquela que consta no registro civil do indivíduo. Essa informação, contudo, não constava no inteiro teor dos acórdãos analisados, assim como as demais variáveis de interesse – idade, renda, escolaridade e ocupação – que são difíceis de encontrar nas fontes secundárias, dificultando uma análise acurada do perfil socioeconômico dos litigantes.

CARACTERÍSTICAS LEGAIS E PROCESSUAIS DAS AÇÕES JUDICIAIS

As características legais e processuais das ações estão relacionadas à legislação processual nacional e locais (Silva, 2009 *apud* Pereira *et al.*, 2015) e envolvem a comarca de origem, a natureza e o tipo da petição inicial, réus (gestores) e número de autores (usuários), representante judicial do autor da ação, tipo de decisão liminar, acórdão e os argumentos dos atores envolvidos.

COMARCA DE ORIGEM DA AÇÃO JUDICIAL

A comarca de origem corresponde aquela em que a ação judicial foi proposta, podendo abranger um ou mais municípios e nela o juiz de 1º grau irá exercer sua jurisdição (Pepe *et al*., 2011).

Do total de 20 acórdãos analisados, 13 deles são da comarca de Salvador (comarca de origem), cidade mais populosa do estado da Bahia; e um em cada uma das demais comarcas: Vitória da Conquista, Lauro de Freitas, Laje, Juazeiro, Irecê, Ilhéus e Barra de Estiva. Não é possível afirmar que a origem da comarca corresponderia à residência do autor, haja vista que não há comprovante de residência. Segundo dados do MS, atualmente o Brasil possui 17 estabelecimentos habilitados e especializados para atendimento em Doenças Raras (Quadro 1).

No Quadro 1, podemos observar uma evidente limitação geográfica dos Serviços de Referência em Doenças Raras. A maioria está localizado nas Regiões Sul e Sudeste do país; apenas três estados da Região Nordeste dispõem desses serviços (BA, CE e PE), ficando descobertos os estados de Alagoas, Maranhão, Sergipe, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte. Nenhum estado da Região Norte possui estabelecimentos habilitados, sendo plausível supor que o acesso das pessoas com esse tipo de patologia a serviços especializados ainda carece de maiores investimentos pelo SUS.

Na Bahia existem dois estabelecimentos habilitados, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e o Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), ambos localizados em Salvador, os quais são referências para os outros 416 municípios.

N°	Região/Município/UF	Estabelecimento de Saúde
	Nordeste (5)	
1	Salvador – BA	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)
2	Salvador – BA	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (Hupes)
3	Fortaleza – CE	Hospital Universitário Walter Cantídio
4	Fortaleza – CE	Hospital Infantil Albert Sabin
5	Recife – PE	Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD/PE)
-	Centro-Oeste (3)	
6	Brasília – DF	Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB
7	Distrito Federal – DF	Hospital de Apoio de Brasília

8	Anápolis – GO	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE
-	Sudeste (6)	
9	Belo Horizonte – MG	Hospital Infantil João Paulo II
10	Rio de Janeiro – RJ	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF
11	Santo André – SP	Ambulatório de Especialidade da Faculdade de Medicina ABC/Santo André
12	Campinas – SP	Hospital das Clínicas da Unicamp
13	Ribeirão Preto – SP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
14	Vitória – ES	Hospital Santa Casa de Vitória
-	Sul (3)	
15	Porto Alegre – RS	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
16	Florianópolis – SC	Hospital Infantil Joana de Gusmão
17	Curitiba – PR	Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba
-	Norte (AC, AM, AP, PA, RO, RR e TO)	Nenhum

Quadro 1 – Estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde como Serviço de Referência em Doenças Raras (2020)

Fonte: adaptado de dados do Ministério da Saúde (2019b) e IBGE (2017).

Ressaltamos a existência no estado da Bahia, da Câmara de Conciliação da Saúde (CCS), uma unidade extrajudicial estabelecida mediante cooperação de órgãos públicos[3] voltada à população residente no município de Salvador, cujo objetivo é promover o atendimento aos usuários do SUS que necessitam da prestação de serviço de saúde, para redução das demandas judiciais como forma de acesso. A CCS reduziu cerca de 80% das demandas administrativas de saúde, evitando a sua judicialização. Em virtude do aumento do número de processos judiciais relativos à saúde em face do estado da Bahia, foi criado em 2015, o Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS), vinculado ao gabinete do secretário da saúde, o qual faz a gestão para o cumprimento das demandas judiciais no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) (Barbosa; Alves, 2019).

3 Instituída por meio do Convênio de Cooperação n. 01/2015, renovado em 2020, a CCS é integrada por: TRF-1ª Região, TJ-BA, MPE e MPF, DPU e DPE, SMS-SSA, PGM-SSA, PGE e Sesab. Mais informações sobre a CCS podem ser obtidas no *site* da Sesab: https://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/ccs/.

Nesse sentido, o NAJS foi instituído diante da necessidade de aperfeiçoar a comunicação entre os diversos setores responsáveis pelo cumprimento das decisões judiciais e o Gabinete do Secretário, conferindo maior celeridade ao efetivo cumprimento, e ainda, subsidiar a PGE-BA, mediante fornecimento de elementos para a defesa, informações e documentos relativos às demandas judiciais (Bahia, 2015).

Embora a ampliação dos serviços de referência em doenças raras represente um avanço, ainda são insuficientes, considerando a extensão territorial do país, dificultando o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, e em virtude do agravamento dos quadros clínicos e hospitalizações, recorrem à justiça para obter tratamento pela via judicial.

NATUREZA E TIPO DE PETIÇÃO INICIAL

Ressaltamos, inicialmente, que o procedimento processual é o conjunto geral de regras e etapas que orientam qualquer processo judicial, enquanto os instrumentos jurídicos específicos são formas de ação judicial destinados, por exemplo, a proteger interesses sociais, difusos, coletivos ou individuais homogêneos (ACP) ou conter violação/ameaça de direitos por parte de autoridade pública (MS), dentre outros.

De acordo com CPC de 2015 o procedimento comum (artigos 318 a 770) é aplicável a todas as causas não sujeitas a procedimentos especiais, em que constam as regras gerais para a tramitação das ações judiciais cíveis no Brasil, abrangendo desde a petição inicial até a sentença final. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa de forma a influenciar na convicção do juiz (Brasil, 2015).

Assim, a respeito da natureza e tipo de petição inicial, sete processos foram estabelecidos por meio de mandado de segurança; seis por obrigação de fazer; quatro por meio de ação civil pública (ACP) e três por ação ordinária.

Previsto na CF/1988 e regulado pela Lei n° 12.016/2009 o mandado de segurança é o remédio jurídico concedido para a proteção de direito líquido e certo, sempre que, ilegalmente ou com abuso de poder, qualquer pessoa física ou jurídica sofrer violação ou houver justo receio de sofrê-la por parte

de autoridade pública. Como não há dilação probatória em mandado de segurança, ou seja, não haverá fase de produção de provas, a petição inicial deverá trazer, portanto, prova pré-constituída.

Na ação que tenha por objeto a prestação de fazer ou de não fazer, julgado procedente o pedido, será concedida a tutela específica ou estabelecidas providências que assegurem a tutela pelo resultado objetivo similar enquanto a ação ordinária visa provocar a atuação estatal com vistas a garantir à parte uma decisão de mérito justa e efetiva que satisfaça os seus interesses e envolve procedimento comum cabendo, portanto, a produção de provas (Brasil, 2015).

A ACP é um instrumento jurídico cujo foco é a defesa de interesses coletivos e poderá ter por objeto a condenação em dinheiro ou o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, tendo legitimidade para propor ao MP, DP, União, Estados, DF e Municípios, associações, dentre outros (Brasil, 1985).

POLOS PASSIVO (RÉUS/GESTORES) E ATIVO (NÚMERO DE AUTORES/USUÁRIOS) DA AÇÃO

O polo passivo das ações judiciais (réus) foi composto pelo estado da Bahia em 12 acórdãos, pelo Município em cinco e, conjuntamente Estado e Município em três.

Com fundamento na CF de 1988, artigo 23, inciso II, o fornecimento de medicamentos é de responsabilidade solidária dos Entes Públicos, podendo ser acionado cada Ente Federativo em conjunto ou isoladamente. Nos últimos cinco anos, a maior parte das mais de 800 mil novas ações por questões de saúde pública nos tribunais brasileiros foram contra o estado e o resultado da maior parte das ações é favorável ao demandante (Ferraz, 2019).

Sobre o tema da responsabilidade solidária, o STF reafirmou sua jurisprudência dominante ao julgar, em 2019, o Recurso Extraordinário n° 855.178/SE (Tema 793 de Repercussão Geral), fixando a seguinte tese:

> Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na

> área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (Brasil, 2019f).

Dos 20 processos analisados, 19 foram impetrados por requerentes individuais e apenas um apresentou pluralidade no polo ativo, totalizando 12 autores (Litisconsórcio ativo[4]). Esse dado corrobora com vários estudos realizados sobre judicialização da saúde que evidenciaram a predominância de ações judiciais individuais em detrimento de ações coletivas (Barbosa; Alves, 2019; Rios, 2018; Ventura *et al.*, 2010), o que contribui para a "primazia da microjustiça" (Vieira, 2020, p. 9) e, consequentemente, para o agravamento das iniquidades em saúde no país (Chieffi; Barata, 2009; Ferraz, 2009, 2011, 2019; Vieira; Zucchi, 2007), resultante das limitações na oferta de ações e serviços de saúde, dificultando a efetivação do direito ao acesso à saúde universal, igualitário e equitativo à população brasileira.

Ao analisar as ações judiciais relativas ao acesso ao tratamento da doença de Fabry por terapia de reposição enzimática no estado do Rio Grande do Sul até 2007, Sartori Júnior e demais autores (2012) referiram que os processos (13 ações) também foram demandados de maneira individual, mesmo se tratando de acesso a medicamentos de alto custo e não padronizados.

No entanto, o direito à assistência individual terapêutica integra o direito à saúde na legislação brasileira e precisa ser assegurado pelo Estado.

REPRESENTANTE JUDICIAL DO AUTOR DA AÇÃO

Em relação aos condutores do processo judicial, 11 demandantes obtiveram representação judiciária pública, sendo sete pelo Ministério Público e quatro da Defensoria Pública. Os outros nove tiveram representação jurídica de advogados particulares. Das sete ações representadas pelo MP,

4 Artigo 113 do CPC: "Duas ou mais pessoas podem litigar, no mesmo processo, em conjunto, ativa ou passivamente, quando: I – entre elas houver comunhão de direitos ou de obrigações relativamente à lide; [...]" (Brasil, 2015, p. 7).

apenas uma foi coletiva e as demais ações civis públicas, foram individuais, cujos autores em geral, eram menores de idade. Com base na Repercussão Geral nº 262, o MP tem "legitimidade para ajuizar ação civil pública que tem por objetivo compelir entes federados a entregar medicamentos a portadores de certas doenças", seja por ação individual ou coletiva (Brasil, 2018c). É irrefutável que o MP tem a responsabilidade de fiscalizar as ações e serviços de saúde prestados pelo poder público.

A representação jurídica pública assegura a assistência judiciária ao cidadão hipossuficiente economicamente. No sistema judiciário, para conseguir a gratuidade o autor deve comprovar a impossibilidade de arcar com os custos processuais, ressaltando que as despesas judiciais em geral são bem menores do que as despesas com alguns tratamentos de saúde (Ventura *et al*., 2010). Neste estudo não foi possível avaliar a hipossuficiência devido à falta de dados acerca das condições socioeconômicas dos autores/usuários, bem como sobre a concessão do benefício de gratuidade de justiça.

TIPO DE DECISÃO JUDICIAL (ANTECIPAÇÃO DE LIMINAR, DEFERIMENTO PARCIAL, TOTAL OU INDEFERIMENTO DO PEDIDO DO AUTOR/USUÁRIO, FUNDAMENTAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO PEDIDO)

Em todos os 20 processos analisados houve pedido de liminar em antecipação de tutela. Os argumentos que fundamentaram a urgência nos pedidos foram: a peculiaridade dos casos e os prejuízos que poderiam ser causados aos pacientes pelo não fornecimento do objeto. Em segunda instância todas as decisões foram favoráveis aos autores/usuários. Segundo o artigo 300 do CPC, a tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo, podendo ser concedida liminarmente ou após justificação prévia (§ 2º). Contudo, a tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão (§ 3º).

ARGUMENTOS UTILIZADOS PELOS REPRESENTANTES DOS AUTORES (USUÁRIOS), RÉUS (GESTORES) E JUÍZES

A Tabela 1 apresenta os principais argumentos utilizados pelos representantes dos autores das ações (usuários), réus (gestores) e juízes envolvidos nos processos judiciais.

REPRESENTAÇÃO DOS AUTORES (Usuários)	N°
Direito à saúde, dever dos entes federativos	20
Garantia do princípio da dignidade da pessoa humana	16
Hipossuficiência do autor	12
Indisponibilidade do objeto na rede pública	7
RÉUS (Gestores)	
Orçamento limitado do Estado em relação ao objeto da ação	16
O Estado não tem obrigatoriedade no fornecimento do medicamento, insumo ou tratamento em virtude de não constar nos protocolos clínicos do SUS e de suas diretrizes terapêuticas	11
Descentralização do SUS	9
A assistência à saúde deve ocorrer dentro do contexto do programa social a que se propõe o Sistema Público de Saúde e não de forma individualizada	4
JUÍZES	
Garantia integral do direito à saúde	20
Direito à saúde como dever do Estado	20
Responsabilidade solidária dos entes federativos	20

Tabela 1 – Principais argumentos utilizados pelos autores, réus e juízes nas ações judiciais analisadas em números absolutos. TJ-BA, jan. 2014 a dez. 2018 e jul. 2020

Fonte: TJ-BA – Repositório de jurisprudência[5].

Nesses dados da Tabela 1 houve predomínio por parte dos representantes judiciais dos autores (usuários) das ações, de argumentos pautados no direito constitucional à saúde, na necessidade de efetivação desse direito enquanto dever dos entes federativos (20) e garantia do princípio da dignidade da pessoa humana (16). O argumento mais alegado pelos réus (gestores) refere-se ao orçamento limitado do Estado em relação ao objeto da ação (16) e que o Estado não tem obrigatoriedade no fornecimento do medicamento,

5 Ver: https://www.tjba.jus.br/portal/jurisprudencia/.

insumo ou tratamento por não constarem nos protocolos clínicos do SUS e de suas diretrizes terapêuticas (11). Todos os juízes justificaram suas decisões no arcabouço constitucional, com base na garantia integral do direito à saúde, direito à saúde como dever do Estado e na responsabilidade solidária dos entes federativos.

Segundo Ferraz (2019), o conceito de direito à saúde é extremamente amplo e com o passar do tempo resultou no "direito a tudo", já que os argumentos apresentados pelo Estado como limitação orçamentária, falta de evidências científicas e de aprovação regulatória foram considerados irrelevantes frente ao direito à vida e à saúde. Refere ainda que esse amplo conceito resulta na interpretação de que qualquer tratamento prescrito pelo médico do demandante deve ser concedido, independente dos motivos apresentados pelo Estado para não atender a uma determinada demanda.

Ainda tramita no STF o Recurso Extraordinário (RE) 566.471/RN (Tema 6 de Repercussão Geral) que discute, desde 2007, a obrigatoriedade, ou não, de o Estado fornecer medicamento de alto custo e não disponibilizado no SUS a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo, apesar de no dia 11 de março de 2020, o Tribunal ter decidido que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente quando não estiverem previstos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Porém, o STF ainda fixará a tese de repercussão geral desse tema (Brasil, 2020d). Já o RE 657.718 (Tema 500 de Repercussão Geral) trata da não obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamento experimental ou sem registro na ANVISA, salvo em casos excepcionais, desde que haja um pedido de registro no Brasil, registro em agências de regulação fora do país e ausência de alternativa terapêutica registrada no Brasil (Brasil, 2019e). Assim o STF, em maio de 2019, por maioria, fixou a seguinte tese:

- O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais;
- A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial;
- É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em

apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei n° 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: a) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); b) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e c) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil;

- As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União.

As citadas teses de repercussão geral fixadas por esses RE podem reduzir a concessão de medicamentos experimentais e/ou sem registro, e de medicamentos não incorporados ao SUS ou que apresentem alternativa terapêutica disponível, o que deve modificar os argumentos dos juízes para o fornecimento de medicamentos nessas condições, além de tentar impedir que a "exceção" se torne a "regra" (Ferraz, 2019).

É importante ressaltarmos a falta de menção nos acórdãos analisados, de pareceres e notas técnicas do Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus) e das deliberações da CONITEC/PCDT, instrumentos que fornecem embasamento técnico nas decisões dos juízes. Um estudo nacional acerca da judicialização da saúde deixou claro que o uso desses instrumentos pelos magistrados foi baixo, apenas 0,01% dos acórdãos analisados mencionaram o NAT-Jus, 0,07% mencionaram a CONITEC e 1,58% mencionaram os protocolos do MS na região Nordeste, demonstrando a necessidade dessas políticas públicas nas decisões (Conselho Nacional De Justiça, 2019).

CARACTERÍSTICAS MÉDICO-SANITÁRIAS DAS AÇÕES

Esta seção envolve a caracterização do objeto da demanda judicial: medicamentos e outros insumos e/ou serviços/procedimentos pleiteados, a condição patológica do autor (usuário) da ação, a presença do medicamento na RENAME, a prescrição pelo nome genérico e a alternativa terapêutica no SUS.

Os objetos de demanda solicitados judicialmente estão ilustrados na Tabela 2.

OBJETOS DAS DEMANDAS JUDICIAIS	N°
Medicamentos	12
Curativos especiais	7
Suplemento alimentar hipercalórico	2
Dispositivo de gastronomia *Mic-key*	1
Fornecimento de fraldas e seringas descartáveis	1
Consulta com cardiologista pediátrico	1
TOTAL	24

Tabela 2 – Objetos das demandas judiciais relativas ao tratamento de doenças raras

Fonte: elaborada pelos autores com dados do Repositório de Jurisprudência do TJ-BA[6].

Conforme a Tabela 2, há predomínio de demandas judiciais relativas ao acesso a medicamentos dos pleitos requeridos. Constatamos que o total de demandas (24) ultrapassou o número de acórdãos analisados (20), pois em algumas ações houve mais de um objeto de demanda. Apesar do foco principal do estudo ser relativo a ações que pleiteiam medicamentos, verificamos uma variedade de insumos demandados no intuito de prover o cuidado integral à saúde dos requerentes, especialmente curativos especiais (7) destinados ao tratamento de pacientes/usuários com diagnóstico de Epidermólise Bolhosa Distrófica.

CONDIÇÃO PATOLÓGICA DO AUTOR (USUÁRIO) DA AÇÃO

As condições patológicas identificadas nas ações judiciais (14) estão sistematizadas na Tabela 3. O diagnóstico de Epidermólise Bolhosa Distrófica (EBD) foi o mais citado nos acórdãos (7).

A EBD é uma condição clínica que pode ter causa genética ou autoimune (Epidermólise Bolhosa Adquirida – EBA), caracterizada pela presença de bolhas e erosões na pele, e muitas vezes nas mucosas, e que geralmente surgem após mínimos traumas. Ocorre em todo o mundo e acomete ambos os sexos, mas inexistem dados epidemiológicos sobre sua frequência

6 Ver: https://www.tjba.jus.br/portal/jurisprudencia/. TJ-BA, jan. 2014 a dez. 2018 e jul. 2020.

no Brasil e sua prevalência fica em torno de 11 casos por um milhão de habitantes (Brasil, 2020b).

CONDIÇÕES PATOLÓGICAS/ DOENÇAS RARAS	CID-10	N°
Epidermólise Bolhosa Distrófica	Q812	7
Acromegalia	E220	1
Comunicação interventricular perimembranosa	Q21	1
Fibrose Cística	E84	1
Hepatite Autoimune	K754	1
Linfangioleiomiomatose	J8481	1
Mielomeningocele	Q05	1
Mucopolissacaroidose III Tumor raro na coluna (não especificado) Síndrome genética rara (não especificada)	E76 - -	1 1 1
Plasmocitoma	C902	1
Polirradiculoneuropatia motora	G63	1
Síndrome de Prader Willi	Q871	1
Vogt-Koyanagi-Harada's	H.20	1
TOTAL		20

Tabela 3 – Condição patológica / doença rara dos autores das ações judiciais. TJ-BA, jan. 2014 a dez. 2018 e jul. 2020

Fonte: elaborada pelos autores com dados do Repositório de Jurisprudência do TJ-BA[7].

Das 14 condições relatadas, apenas três possuem Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aprovados pelo MS (Quadro 2): Acromegalia (2013/2019), Fibrose Cística (2010/2017) e Hepatite Autoimune (2012/2018). Apesar de não existir PCDT aprovado para Mucopolissacaridose III, há PCDTs adotados para outros tipos: Mucopolissacaridose I, II (desde 2018), IV e VI (aprovados somente em 2019).

Os PCDTs são disponibilizados pelo MS com base em evidências científicas e do custo-efetividade, visando padronização das ações governamentais para melhoria da assistência oferecida pelo SUS. Assim são estabelecidos os critérios diagnósticos e terapêuticos para diversas doenças, com os medicamentos e posologias indicados, informações sobre exames e

7 Ver: https://www.tjba.jus.br/portal/jurisprudencia/.

o acompanhamento dos pacientes/usuários, um guia de prática clínica que necessita ser seguido pelos profissionais de saúde (Brasil, 2011a).

Condições patológicas / Portaria PCDT (BRASIL, 2017a, 2018b, 2019c)	Medicamentos	Classe terapêutica
Acromegalia – Portaria Conjunta SAS/ SCTIE n° 2, de 07/01/2019	Cabergolina Octreotida Lanreotida	Agonistas da dopamina Análogos da somatostatina
Fibrose Cística – Manifestações Pulmonares e Insuficiência Pancreática – Portaria Conjunta SAS/SCTIE n° 08, de 15/08/2017	Alfadornase Tobramicina	Antigripais Antibióticos
Hepatite Autoimune – Portaria Conjunta SAS/SCTIE n° 14, de 09/05/2018	Prednisona Azatioprina	Corticosteróide Imunossupressores

Quadro 2 – Condições patológicas/doenças raras dos autores/usuários das ações judiciais (2014-2018) com PCDTs aprovados pelo MS, medicamentos indicados e classe terapêutica. jan. 2014 a dez. 2018 e jul. 2020

Fonte: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde ([2020])[8].

No caso da Epidermólise Bolhosa Distrófica, condição patológica mais frequente nos acórdãos (7), uma proposta de PCDT foi apreciada em 2019 pela CONITEC, que recomendou a sua aprovação após consulta pública (Brasil, 2019d). Posteriormente, o MS publicou a Portaria SAES/SCTIE n° 11/2020, aprovando o PCDT da Epidermólise Bolhosa Hereditária e Adquirida (Brasil, 2020b).

Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a LOS 8080/1990 (Brasil, 1990) estabelece que a dispensação de medicamentos precisa ser realizada (artigo 19-P) com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS e de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS.

De maneira excepcional, a prescrição fora dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas pode ocorrer, segundo Ponte e Mapelli Júnior (2019), desde que seja devidamente comprovada a hipossuficiência financeira para custear o tratamento e apresentado um relatório médico com detalhamento

8 Ver em: http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes.

da doença, do tratamento e seu tempo de duração que justifique a necessidade da opção terapêutica requisitada.

No estado da Bahia, a organização do atendimento da AF/Sesab aos pacientes/usuários com diagnóstico de patologias raras é responsabilidade da Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde (SAFTEC), por meio da Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE), vinculada à Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF).

Em decorrência de mandado de megurança em face do Secretário da Saúde do Estado da Bahia/dezembro de 2013, com segurança concedida liminarmente em maio de 2014, a Sesab publicou a Portaria n° 1.092, de 1 de setembro de 2016, aprovando as diretrizes para acesso ao tratamento da Epidermólise Bolhosa (EB) no estado da Bahia, no âmbito do SUS, inclusive definindo como Serviços de Referência o Hospital Universitário Professor Edgar Santos e o Centro Universitário de Atenção à Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste Baiano (UESB) em Vitória da Conquista (Bahia, 2016) para acompanhamento multidisciplinar e a dispensação de coberturas especiais e de suplementos nutricionais. A região sudoeste da Bahia concentra, em 14 cidades, 39 dos 67 registros de EB no estado (Bittencourt, 2017).

A Sesab, também disponibiliza, por meio da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Serviços de Atenção Domiciliar, e com o aumento de ações judiciais contra o estado, uma das metas estabelecidas para o ano de 2019 era de atender em domicílio cerca de 60 pacientes diagnosticados com Epidermólise Bolhosa, com distribuição de coberturas especiais para curativos, de alto custo, com investimentos da ordem de 11,6 milhões, para atendimento administrativo e judicial (Bahia, 2019).

Assim, a Bahia se tornou o estado pioneiro na institucionalização das ações em EB e construção da respectiva linha do cuidado, em estreita articulação com o Ministério Público Estadual (MPE) e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS. A linha de cuidado da atenção aos usuários é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS (Brasil,

2017b). Contudo, apesar dessa estrutura das RAS, o diagnóstico apresentado pela Subcomissão de Doenças Raras da Câmara do Deputados em seu Relatório Final, concluiu que:

> [...] Não há informações precisas sobre o número de pessoas com doenças raras no Brasil. Estimativas baseadas em informações epidemiológicas de outros países podem gerar resultados imponderáveis; 6. Há uma falta generalizada de profissionais de saúde e serviços especializados para atenção de doenças raras; e 9. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica (Portaria MS/GM N. 81, de 2009) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Portaria MS/GM N. 199, de 2014) não são suficientes para atender as necessidades em saúde das pessoas com doenças raras e doenças genéticas, havendo necessidade de reformular o modelo assistencial [...] (Brasil, 2019a, p. 183-184).

Uma atuação do legislativo também poderá contribuir para equacionar as deficiências da rede assistencial. Trata-se do Projeto de Lei n° 1.606/2011 (PL 56/2016, aprovado pelo Senado Federal em 2018) que Institui a Política Nacional para Doenças Raras no SUS, em tramitação na Câmara dos Deputados (aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF) e que dispõe sobre a dispensação de medicamentos para doenças raras e graves, que não constam em listas de medicamentos excepcionais, padronizadas pelo SUS (Brasil, 2011a).

MEDICAMENTOS NA RENAME, PRESCRIÇÃO PELO NOME GENÉRICO E ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO SUS

É notório que o avanço tecnológico que vem ocorrendo nas últimas décadas tem gerado maior disponibilidade de tratamento para as doenças raras. Dos 12 medicamentos solicitados nos processos analisados, nove são disponibilizados pelo SUS, oito deles integram o CEAF e um integra o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Mesilato de Doxazosina). Não foi possível identificar se os usuários tentaram o acesso aos medicamentos pela via administrativa. Os demais, três, apesar de indisponíveis, possuem alternativas terapêuticas no SUS (Quadro 3).

Resultado dissonante foi obtido num estudo de 17 processos no âmbito do TRF 1ª Região, julgados entre 2007 e 2015, acerca da judicialização da saúde em indivíduos com doença neuromuscular no Brasil e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, no qual Costa (2016) observou que a maior parte dos medicamentos solicitados não estava padronizada nas listas do SUS (94,1%).

N°	Medicamentos indisponíveis no SUS	Indicação	Alternativas no SUS
1	Bortezomibe	Mieloma Múltiplo	Ciclofosfamida, Dexametasona e Talidomida
2	Pregabalina	Tratamento da dor neuropática em adultos	Amitriptilin, Nortriptilina, Clormipramina, Fenitoína, Carbamazepina, Gabapentina, Ácido valproico e Morfina.
3	Sertralina	Profilaxia da rejeição de órgãos em pacientes transplantados renais	Carbonato de lítio, Clor. de amitriptilina, Clor. de clomipramina, Clor. de nortriptilina, Fluoxetina, Carbamazepina e Valproato de sódio ou Ácido valpróico, Haloperidol, Biperideno, Clorpromazina, Midazolam, Clonazepam e Diazepam.

Quadro 3 – Medicamentos para tratamento de Doenças Raras solicitados de acordo com a sua indisponibilidade no SUS X alternativas no SUS. TJ-BA, jan. 2014 a dez. 2018 e jul. 2020

Fonte: elaborado pelos autores com dados do Repositório de Jurisprudência do TJ-BA[9]. Fonte das indicações Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde ([2020])[10].

A RENAME de 2018 foi atualizada pela Portaria nº 3.047/2019, constando no Anexo III da RENAME e a Relação Nacional de Medicamentos do CEAF, os quais possuem atributos específicos que garantem a gestão do componente por meio de sistemas de informação, bem como, o cumprimento dos critérios definidos nos PCDTs (Brasil, 2019b).

A Portaria de Consolidação n° 6/2017 revogou a Portaria n° 1.554/2013, passando a dispor sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no

9 Ver: https://www.tjba.jus.br/portal/jurisprudencia/.

10 Ver em: http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes.

âmbito do SUS, a divisão do elenco de medicamentos em três grupos e a definição das responsabilidades de financiamento entre os entes federados:

- **Grupo 1**: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo MS, subdividido em:
- Grupo 1A: medicamentos de aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;
- Grupo 1B: medicamentos financiados pelo MS mediante transferência de recursos para aquisição pelas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;
- **Grupo 2**: medicamentos financiados e adquiridos pelas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;
- **Grupo 3**: medicamentos financiados de acordo com as normativas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos PCDTs como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF.

Esses grupos são definidos de acordo com a complexidade do tratamento da doença de forma a garantir a integralidade no âmbito da linha de cuidado, e a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS (Brasil, 2017b).

Os oito medicamentos do CEAF judicializados e seus respectivos grupos foram: Alfadornase®, Everolimo®, Octreotida® e Sirolimo® (Grupo 1A), Ácido ursodesoxicólico® (grupo 1B) e Azatioprina®, Mesalazina® e Topiramato® (grupo 2).

Na rotina administrativa, contudo, a solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento ocorrerão somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde por meio do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), um documento oficial utilizado para realização das etapas de execução do CEAF que necessitará seguir o modelo proposto pelo MS e padronizado pelas Secretarias de Saúde dos estados e DF. Todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 devem ser dispensados somente

de acordo com as recomendações dos PCDT para as doenças (definidas pela CID-10) contempladas no CEAF (Brasil, 2017b, 2020a).

Vimos neste estudo que todas as prescrições foram feitas pelo nome genérico, adequado à Lei Federal n° 9.787/1999, a qual recomenda que todas as prescrições oriundas do SUS sejam feitas pelo nome genérico, medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável.

CARACTERÍSTICAS POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS

As características político-administrativas estão relacionadas à origem da prescrição médica (rede pública ou privada) do bem pleiteado; ao registro do medicamento na Anvisa; ao número de medicamentos por componente do bloco de financiamento da AF; e os gastos estimados com o atendimento das demandas judiciais.

ORIGEM DA PRESCRIÇÃO MÉDICA (REDE PÚBLICA OU PRIVADA) E REGISTRO DOS MEDICAMENTOS PLEITEADOS NA ANVISA

De acordo com o Decreto n° 7.508/2011, artigo 28, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, de forma cumulativa:

> I – Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
>
> II – Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
>
> III – Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
>
> IV – Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (Brasil, 2011b, p. 1).

A partir dessas quatro condições, só foi possível neste estudo verificar a conformidade da prescrição com a RENAME e os Protocolos Clínicos e

Diretrizes Terapêuticas, devido a indisponibilidade dos demais dados no inteiro teor dos processos.

Para que os medicamentos possam ser devidamente comercializados no Brasil, eles precisam passar por um processo de regulação sanitária e econômica por meio da Anvisa e da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) a qual estabelece limites para os preços dos medicamentos, monitora a comercialização e a aplicação do desconto mínimo obrigatório para compras públicas (Coeficiente de Adequação de Preços-CAP). A Anvisa, por sua vez, exerce o papel de Secretaria-Executiva da CMED.

Todos os 12 medicamentos contabilizados ao final da análise apresentaram registro na Anvisa, sendo os preços de comercialização regulados pela CMED. De acordo com o artigo 19-T, da Lei n° 8.080/1990, são vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: I – o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; e II – a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

Com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 205/2017, a Anvisa estabeleceu procedimentos especiais para aprovação de ensaios clínicos a serem realizados, certificação de fabricação adequada e registro sanitário de medicamentos para doenças raras, dando maior agilidade nas aprovações regulatórias e estimulando a condução de pesquisas clínicas no país. A norma mantém as exigências de comprovação de qualidade, segurança e eficácia desses medicamentos (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017).

Dos 12 medicamentos requeridos, cinco (5) foram solicitados sem que a condição patológica apresentada pelo litigante fizesse parte do seu uso aprovado pela Anvisa. Quando um medicamento é usado para tratar situações diferentes daquelas aprovadas na bula ou quando não tem registro na Anvisa é chamado de *off label*. No caso das doenças raras, certos protocolos dependem de medicamentos importados que não são registrados no Brasil, assim, o uso *off label* acaba sendo justificado ou os portadores dessas condições ficam sem opções de tratamento (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2012).

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR COMPONENTE DO BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E GASTOS COM O ATENDIMENTO DAS DEMANDAS JUDICIAIS (CUSTOS UNITÁRIOS ESTIMADOS)

Como já apresentados, dos medicamentos demandados, oito integram o CEAF e um integra o Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF (Mesilato de Doxazosina). O CBAF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde (Brasil, 2017b).

A respeito do componente estratégico, esse inclui os medicamentos dispensados na rede básica de saúde e referentes a programas estratégicos no cuidado da saúde para o tratamento de agravos específicos, de caráter transmissível e/ou de alto impacto na saúde da população. O CEAF, por sua vez, tem como principal característica a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças que contempla e se relaciona com o componente básico, visto que o tratamento de muitas doenças no CEAF deve ser iniciado na atenção básica (Barreto *et al*., 2013).

Quanto aos gastos com os medicamentos judicializados, eles não foram disponibilizados nos acórdãos analisados ou no inteiro teor disponível dos processos, por isso foi realizada uma estimativa dos custos unitários referente aos medicamentos requeridos, destacando-se Everolimo/Câncer de mama e outros – PF R$394.643,52; Bortezomibe/Mieloma Múltiplo, PF R$ 4.608,32; Octreotida/Acromegalia, PF R$ 4.076,46 (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2019). Observamos um elevado preço unitário dos medicamentos que compõem o CEAF (Everolimo e Octreotida), tornando impeditivo aos pacientes arcarem com os elevados custos do tratamento.

Outrossim, outras drogas continuam sendo lançadas para o tratamento de doenças raras, abrindo perspectivas de novas ações. Em maio de 2019, por exemplo, a Food Drug Administration (FDA/USA), agência regulatória dos Estados Unidos, aprovou o medicamento Zolgensma® (*onasemnogene abeparvovec-xioi*), primeira terapia gênica para crianças menores de dois anos com Atrofia Muscular Espinhal (AME) Tipo 1, doença rara, progressiva e de alta letalidade. Conhecido como o mais caro do mundo, uma única dose custa mais de 2 milhões de dólares (Bermudez, 2019).

A Advocacia-Geral da União (AGU) considera que uma decisão mais restritiva do STF em processos que tratam do fornecimento de medicamentos de alto custo no SUS reduziria o gasto com a judicialização da Saúde em cerca de 60%. Esses gastos têm sido crescentes. Por ano, a União chega a desembolsar R$ 1,5 bilhão com a compra de produtos judicializados. Somando o gasto de estados e municípios, o valor estimado com estes processos alcançaria R$ 7 bilhões (Ferraz, 2019; Vargas, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo trouxe uma análise jurisprudencial realizada no âmbito do TJ-BA, no intuito de descrever as características das ações judiciais impetradas em face do estado da Bahia/Sesab, que pleiteiam medicamentos para tratamento de doenças raras, e identificar os principais argumentos dos atores envolvidos nas ações judiciais.

Para tanto, foram analisados 20 acórdãos publicados entre 2014-2018, cuja maioria dos demandantes (autores/usuários) das ações, do sexo masculino (10) pessoas com diagnósticos de doenças raras, obteve representação judiciária pública, via Ministério Público e Defensoria Pública, requereram individualmente (19) ou por litisconsórcio ativo (1), o acesso ao tratamento, especialmente por meio de mandado de segurança (7) e obrigação de fazer (6). O estado da Bahia integrou o polo passivo em 12 acórdãos.

O município de Salvador foi a comarca de origem (13) com maior número de acórdãos analisados, onde estão localizados os Serviços de Referência em Atenção às Doenças Raras (Hupes e APAE), a sede da CCS e da Sesab.

Em todos os processos analisados houve antecipação de tutela para que o objeto da demanda fosse fornecido no decorrer da tramitação, com fundamentação da urgência nos pedidos acatada pelos juízes que emitiram decisões favoráveis aos autores/usuários.

Com relação aos argumentos dos atores envolvidos nas ações judiciais analisadas, observamos que a maioria dos representantes dos autores (usuários), com fulcro na Carta Magna, considerou a necessidade de efetivação do direito à saúde, o dever dos entes federativos e a garantia do princípio da dignidade da pessoa humana. Os principais argumentos apresentados pelos

réus (gestores) referem-se à "reserva do possível" e a não obrigatoriedade do fornecimento do medicamento/insumo por não constar nas políticas de AF, mas não foram levados em conta pelos magistrados que justificaram suas decisões com base na garantia integral do direito à saúde, sendo do Estado esta responsabilidade solidária, jurisprudência reafirmada pelo STF em 2019.

O medicamento foi o bem mais judicializado (12), sendo quatro deles considerados órfãos; nove são disponibilizados pelo SUS e três possuíam terapêuticas alternativas; oito desses medicamentos requeridos integram o CEAF e foram demandados medicamentos para tratar situações diferentes daquelas aprovadas em bula, considerados como *off label* (5), mas um ponto positivo é que todos os medicamentos pleiteados foram prescritos pelo nome genérico e passaram pelo crivo da Anvisa em relação à qualidade, eficácia e segurança.

Quanto às condições patológicas, das 14 identificadas, a Epidermólise Bolhosa Distrófica (7), foi a mais citada nas ações e constatamos a existência de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) no período do estudo apenas para Acromegalia, Fibrose Cística e Hepatite Autoimune, demonstrando a necessidade da prescrição fora dos PCDTs para as demais patologias, o que evidencia que os juízes muitas vezes desconsideram em suas decisões as políticas de AF e de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), não recorrendo, ou fazendo pouca menção, a pareceres do NAT-Jus e relatórios de recomendação da CONITEC.

É preciso ressaltar o avanço na estruturação da linha de cuidado na rede de atenção aos pacientes com Epidermólise Bolhosa Distrófica, cujo mandado de segurança impetrado em litisconsórcio representado por pacientes/usuários com este diagnóstico, contribuiu para a implementação de políticas públicas com aprovação de protocolo assistencial e indicação de dois serviços de referência no estado da Bahia, acenando para uma possível redução dessas demandas judiciais.

Ressaltamos que tais demandas judiciais poderão gerar amplas despesas para o SUS, mesmo sabendo do seu sistema universal garantido como direito e dever do Estado, tendo inclusive como dificuldades a visível indisponibilidade dos medicamentos utilizados para o tratamento das doenças raras – "medicamentos órfãos" – devido a várias limitações à sua inclusão

nos programas de atenção especializada à saúde ou ao seu eventual desabastecimento. Ademais, tendo em vista os elevados custos unitários estimados de alguns medicamentos pleiteados judicialmente, o cumprimento das demandas judiciais pode causar prejuízo para o coletivo em prol de benefícios individuais.

Também, não podemos ignorar algumas outras limitações ao estudo como a impossibilidade de acesso ao perfil sociodemográfico do autor/usuário da ação, à origem da prescrição médica e aos gastos reais com o atendimento das demandas judiciais indisponíveis no inteiro teor dos processos disponibilizados no repositório de jurisprudência do TJ-BA, prejudicando a integralidade da análise.

Assim, diante do fato de que a maioria dos medicamentos judicializados não possui PCDTs aprovados pelo MS, há necessidade da realização de estudos acerca dos resultados obtidos pelos demandantes destes medicamentos e os impactos na melhora de sua qualidade de vida, bem como, aspectos relacionados ao monitoramento pelo poder público do uso desses medicamentos do CEAF dispensados via judicialização.

Percebemos que apesar dos avanços obtidos após a implementação, há pouco mais de sete anos, da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS e respectivas diretrizes, inclusive com incentivos financeiros de custeio (Brasil, 2014), ainda persistem as dificuldades de acesso à assistência especializada à saúde, dadas as limitações geográficas dos serviços de referência para esse grupo, resultando na busca do Poder Judiciário para a tutela desse direito. Assim, há de se esperar que o atual modelo assistencial seja reorientado visando ampliar continuamente o acesso equitativo, desse grupo populacional, à uma assistência especializada integral, resolutiva e contínua, reduzindo assim as possibilidades de se recorrer ao judiciário para a garantia da efetivação do seu direito constitucional à saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Secretaria Executiva. *Preços Máximos por Medicamentos por Princípio Ativo*. Brasília, DF: Anvisa, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 205, de 28 de dezembro de 2017. Aprova procedimento especial para anuência de ensaios clínicos a serem realizados no Brasil para avaliação de medicamentos para doenças raras. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. *Doenças Raras*: a urgência do acesso à saúde. São Paulo: Interfarma, 2018.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. *Doenças Raras*: registro é três vezes mais rápido. São Paulo: Interfarma, 2019.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Portaria n° 453, de 30 de abril de 2015. Institui o Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde – NAJS, no âmbito desta Secretaria, designa seus membros e define suas principais atribuições. *Diário Oficial do Estado da Bahia*: seção 1, Salvador, n. 21.687, p. 27-28, 1° maio 2015.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019*. [Salvador]: Sesab, 2019.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Portaria n° 1.092, de 01 de setembro de 2016. Aprova as diretrizes para acesso ao tratamento da Epidermólise Bolhosa no Estado da Bahia, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial do Estado da Bahia*: seção 1, Salvador, 2 set. 2016.

BAHIA. Tribunal de Justiça. *Resolução n° 13, de 4 de setembro de 2008*. [Dispõe sobre o funcionamento do Tribunal de Justiça]. Salvador: TJBA, 2008. Atualizado em 2023. Disponível em: http://www5.tjba.jus.br/portal/regimento-interno/. Acesso em: 28 set. 2023.

BARBOSA, P. B.; ALVES, S. C. M. A Judicialização de medicamentos no estado da Bahia: os números no período de 2014 a 2017. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 8, n. 4, p. 45-65, 2019. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/548. Acesso em: 19 set. 2021.

BARRETO, J. L. *et al.* Perfil das demandas judiciais por medicamentos em municípios do estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37,

n. 3, p. 536-552, 2013. Disponível em: https://farmacia.ufba.br/sites/farmacia.ufba.br/files/perfil_acoes_judiciais_rev_baiana.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

BERMUDEZ, J. Zolgensma, o tratamento de 2 milhões de dólares. Vamos tratar as crianças ou a indústria? Pesquisa, política e ação em Saúde Pública. *Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz*, Rio de Janeiro, 27 maio 2019. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/?q=Zolgensma-o-tratamento-de-2-milhoes-de-dolares. Acesso em: 27 maio 2019.

BITTENCOURT, M. Doença rara aumenta em cidades na BA e famílias criam rede de auxílio. *Uol Notícias*, Vitória da Conquista, 31 mar. 2017. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/03/31/doenca-rara-se-espalha-por-cidades-na-ba-e-familias-criam-rede-de-auxilio.htm#:~:text=Por%20meio%20da%20associa%C3%A7%C3%A3o%2C%20Adriana,para%20esse%20tipo%20de%20atendimento. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. *Subcomissão Especial de Doenças Raras*. [Brasília, DF]: Câmara dos Deputados, 2019a. Relatório Final.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei (PL) n° 1606/2011*. Dispõe sobre a dispensação de medicamentos para doenças raras e graves, que não constam em listas de medicamentos excepcionais padronizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2011a.

BRASIL. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 122, p. 1-2, 28 jun. 2011b.

BRASIL. Decreto Legislativo n° 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 245, p. 2-3, 22 dez. 2011c.

BRASIL. Lei n° 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 dez. 1973.

BRASIL. Lei n° 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor turístico. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 1985.

BRASIL. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Lei n° 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 29-E, 11 fev. 1999.

BRASIL. Lei n° 12.016, de 7 de agosto de 2009. Disciplina o mandado de segurança individual e coletivo e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 151, p. 2-3, 10 ago. 2009a.

BRASIL. Lei n° 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 51, p. 1-51, 17 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Uso off label: erro ou necessidade?. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 398-399, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/zLdN6Dfgf5B6wQvR9XNmnGR/?lang=pt. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças raras: o que são, causas, tratamento, diagnóstico e prevenção. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 16 ago. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta n°14, de 9 de maio de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite Autoimune. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 99, p. 78, 24 maio 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n° 3.047, de 28 de novembro de 2019. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 231, p. 340, 29 nov. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°13, de 6 de janeiro de 2020. Altera o Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 5, p. 34, 8 jan. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Recomendação*. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Epidermólise Bolhosa Hereditária e Adquirida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Portaria Conjunta n° 8, de 15 de agosto de 2017. Aprova os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da Fibrose Cística – Manifestações Pulmonares e Insuficiência Pancreática. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 170, p. 50, 4 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializadas à Saúde (SAES). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos em Saúde (SCTIE). Portaria Conjunta n° 11, de 26 de junho de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epidermólise Bolhosa Hereditária e Adquirida. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 122, p. 54, 29 jun. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Portaria Conjunta n° 2, de 7 de janeiro de 2019. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Acromegalia. 2019. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 9, p. 70, 14 jan. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos em Saúde. Portaria SCTIE/MS n° 43, de 25 de setembro de 2020. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o bortezomibe para o tratamento de pacientes adultos com mieloma múltiplo [...] e de acordo com a assistência oncológica no SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 186, p. 543, 28 set. 2020c.

BRASIL. Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017b.

BRASIL. Portaria de Consolidação n° 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017c.

BRASIL. Portaria n° 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 30, p. 44-52, 12 fev. 2014.

BRASIL. Portaria n° 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1998.

BRASIL. Portaria nº 81, de 20 de janeiro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 jan. 2009b.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 7 maio 2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário (RE) 566.471 –Tema 6 da Repercussão Geral – Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo. Recorrente: Estado do Rio Grande do Norte. Recorrida: Carmelita Anunciada de Souza. Relator: Min. Marco Aurélio. *Lex*: jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, São Paulo, 2020d.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário (RE) 605.533. Tema 262 da Repercussão Geral (RG) – Legitimidade do Ministério Público para ajuizar ação civil pública. Recorrido: Estado de Minas Gerais. Relator: Min. Marco Aurélio. *Lex*: jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, São Paulo, 18 nov. 2009c.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário (RE) 657.718. Tema 500 da Repercussão Geral – Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela Anvisa. Recorrente: Alcirene de Oliveira. Recorrido: Estado de Minas Gerais. Relator: Min. Marco Aurélio. *Lex*: jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, São Paulo, 25 out. 2019e.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário (RE) 855.178. (Tema 793 de Repercussão Geral – Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Recorrente: União. Recorrido: Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Min. Luiz Fux. *Lex*: jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, São Paulo, 23 maio 2019f.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/20.pdf. Acesso em: 19 abr. 2018.

COLLUCCI, C. Em uma década, judicialização da saúde pública e privada cresce 130%. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 mar. 2019. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/em-uma-decada-judicializacao-da-saude-publica-e-privada-cresce-130.shtml. Acesso em: 30 nov. 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. *Off label use: a mistake or a need*?. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 398-399, 2012. Disponível

em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/zLdN6Dfgf5B6wQvR9XNmnGR/?lang=pt. Acesso em: 18 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *INSPER*. Relatório Analítico Propositivo – Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: CNJ, 2019. Disponível em: http://cnsaude.org.br/publicacoes/judicializacao-da-saude-perfil-das-demandas-causas-e-propostas-de-solucao-insper/. Acesso em: 4 ago. 2020.

COSTA, P. H. S. Doenças neuromusculares raras: um retrato da judicialização no Tribunal Regional Federal da 1ª Região. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 6-20, 2016. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/229. Acesso em: 14 ago. 2020.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 479-489, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/pW8HJrxf8xyqwcmbLcLj4NN/?lang=pt. Acesso em: 4 ago. 2020.

FERRAZ, O. L. M. Brazil: Health inequalities, rights and courts: The social impact of the judicialization of health. *In*: YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. (ed.). *Litigating Health Rights*: can courts bring more justice to health?. Cambridge: Harvard University Press, 2011. p. 76-102.

FERRAZ, O. L. M. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. *Revista Direito FGV*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 1-39, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/. Acesso em: 28 set. 2020.

FERRAZ, O. L. M. The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequities?. *Health and human rights*, London, p. 33-45, 2009. Disponível em: https://www.hhrjournal.org/2013/08/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities/. Acesso em: 28 set. 2020.

GLOPPEN, S. (org.). *Litigating health rights*: can courts bring more justice to health? (Humans rights practice series). Cambridge: Harvard University Press, 2011.

IBGE. *Divisão Regional do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, A. G., SILVEIRA, D. Medicamentos órfãos – doenças raras e a judicialização da saúde. *Infarma Ciências Farmacêuticas*, Brasília, DF, v. 27, p. 203-204, 2015. Disponível em: https://revistas.cff.org.

br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1304. Acesso em: 23 ago. 2020.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3561-3567, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qjZTpTXRDfzqcVwv6yJy6PR/. Acesso em: 28 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: ONU, 1948.

PEPE, V. L. E. *et al. Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

PEREIRA, J. G. *et al.* Assistência farmacêutica e demandas judiciais de medicamentos: desafios teórico-metodológicos. *In*: BAPTISTA, T. W. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO C. V. (org.). *Política, planejamento e gestão em saúde-abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 349-376.

PIMENTEL, I. Doenças raras ainda representam desafio para saúde pública. *Portal Fiocruz*, Rio de Janeiro, 2 mar. 2015. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/doencas-raras-ainda-representam-desafio-para-saude-publica. Acesso em: 8 mar. 2021.

PONTE, A. C.; MAPELLI JÚNIOR, R. Prescrições médicas para ações judiciais. *Revista de Direito Brasileira*, Florianópolis, v. 22, n. 9, p. 184-199, 2019. Disponível em: https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/download/5173/4278. Acesso em: 8 mar. 2021.

RIOS, S. O. *Decisões liminares na judicialização do direito à saúde pública*. Salvador: Edufba, 2019.

SARTORI JUNIOR, D. *et al.* Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2717-2728, 2012. Disponível em: https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/judicializacao-do-acesso-ao-tratamento-de-doencas-geneticas-raras-a-doenca-de-fabry-no-rio-grande-do-sul-brasil/7872?id=7872&id=7872. Acesso em: 24 nov. 2020.

SCHULZE, C. J. Números de 2019 da judicialização da saúde no Brasil. *Empório do Direito*, [*s. l.*], 2 set. 2019. Disponível em: https://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-de-2019-da-judicializacao-da-saude-no-brasil. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, L. C. da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v. XVI, n. 112, 2013.

SOUZA, K. A. O. *et al*. *Decisões judiciais relativas à saúde*: participação social em 2017. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), 2017.

TRAJMAN, A. Doenças raras: quem paga qual conta?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 1-2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/TP4LVz7sxPBHgG8GVZ36VRr/?lang=pt. Acesso em: 23 jan. 2021.

VARGAS, M. Gasto com judicialização da saúde pode cair 60% após decisão do STF, estima AGU. *Jota*, Brasília, DF, 21 maio 2019. Disponível em: https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/gasto-com-judicializacao-da-saude-pode-cair-60-apos-decisao-do-stf-estima-agu-21052019. Acesso em: 18 nov. 2020.

VENTURA, M. *et al*. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/. Acesso em: 13 ago. 2019.

VIEIRA, F. S. *Direito à saúde no Brasil*: Seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. [Brasília, DF]: IPEA, 2020. Texto para Discussão, n. 2547.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 41, p. 214-222, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/DdFrCJXWq5kg3934MPp3kNB/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 jul. 2020.

SOBRE OS AUTORES

IRAÍLDES JULIANO

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UEFS). Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora assistente do Departamento de Saúde (DSAU) da UEFS. Docente do curso de Graduação em Enfermagem (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS) e do Programa Integrado de Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde (PECS/ISC/UFBA). *E-mail*: iajuliano@uefs.br

MARIANA DA SILVA DEUTT FERREIRA

Médica pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Bolsista Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS) (2019-2022). Médica Generalista do Hospital Geral Cleriston Andrade e na Unidade de Saúde da Família George Américo 1- Feira de Santana-BA. *E-mail*: marianadeutt@hotmail.com

CAPÍTULO 4

ACESSO AO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

CAMINHOS E DESCAMINHOS NO BRASIL

Matheus Almeida Marques
Silvânia Sales de Oliveira

INTRODUÇÃO

O estudo do acesso aos serviços de saúde é fundamental no entendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, tendo em vista, a compreensão da qualidade da assistência à população brasileira, até porque o significado do termo acesso no âmbito da saúde, apresenta-se de maneira complexa e polissêmica, indo além do entendimento comum de simples "ingresso" e "entrada", passando por discussões, inclusive sobre o uso de outro termo semelhante: acessibilidade.

Em revisitação sobre o tema acesso, Martins e Travassos (2004) pesquisaram diferentes autores que desenvolveram concepções variadas sobre seu entendimento, podendo utilizá-los até como equivalente, exemplificados em Donabedian (1973) que entende que acessibilidade é o potencial dos serviços de saúde capaz de atender efetivamente às demandas de uma população, se atendo às adequações necessárias. Já para Andersen (1995), o termo utilizado é acesso, entendido não apenas como a entrada em um serviço de saúde, mas também como o efetivo uso desse serviço.

Entretanto, Martins e Travassos (2004) interpretam que os autores que usam o termo acessibilidade o fazem mais num sentido de ajuste, por exemplo, entre oferta e demanda, sustentado por Assis e Jesus (2010, p. 162) ao conceberem "[...] a 'acessibilidade', como a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos [...]"; enquanto o termo acesso traz uma concepção de continuidade, envolvendo, inclusive, cuidados praticado pelos profissionais, sendo, portanto, um entendimento mais completo e adequado para fins deste trabalho.

Ao revisitarmos o contexto histórico do acesso aos serviços de saúde no Brasil remete-nos a um processo de superação de modelos de assistência predominantemente filantrópicos e meritocráticos, além de precarização dos direitos sociais, que culminaram na luta de diversos setores da sociedade civil, no século XX, a partir do movimento da Reforma Sanitária e da concepção de saúde como direito, advinda de discussões nacional e internacional. Esse processo culminou na promulgação da Carta Constitucional de 1988, que tem o Sistema Único de Saúde (SUS) como um de seus produtos (Meninucci, 2014), figurando-se como política pública de atenção à saúde, organizado em rede, e tendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como parte integrante.

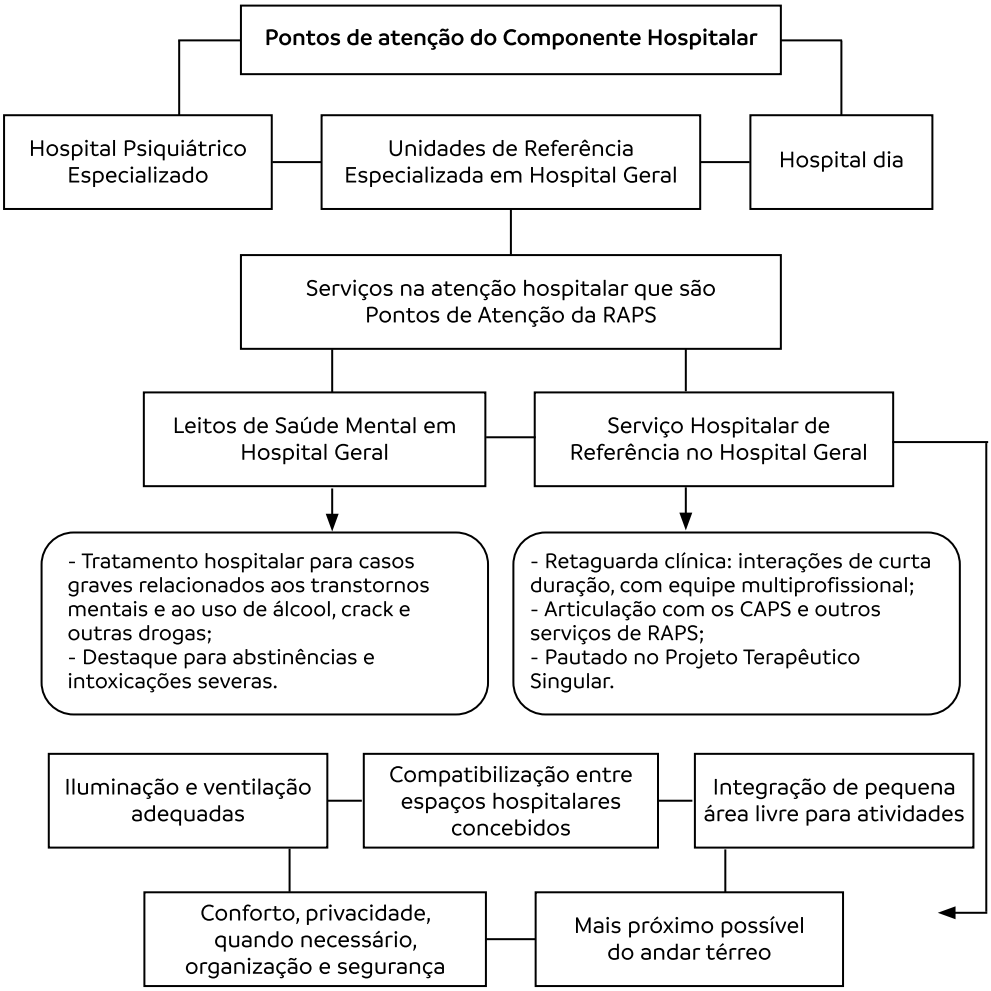
Ao adentrarmos sobre o estudo do acesso ao cuidado em saúde mental, diante de lutas sociais também contra os estigmas e formas de tratamento dado a portadores de transtornos mentais, no ano de 2001, observamos a implementação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) concorrendo em diversas mudanças nas legislações.

A partir da PNSM, houve a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) com suas respectivas tipologias, especificadas nas Portaria nº 336/2002, a partir da estrutura e funcionamento dos CAPS, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sob a Portaria nº 3.088/2011, ampliando os dispositivos e critérios de acesso aos serviços de saúde mental e – destacamos aqui – o Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, conforme a Portaria nº 3.588/2017, que dispõe sobre alterações na RAPS.

O Componente Hospitalar da RAPS compreende Hospital Psiquiátrico Especializado, Hospital Dia e Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral com abrangência aos serviços de leitos de Saúde Mental e Serviço

Hospitalar de Referência. Tais serviços têm como objetivos acolher casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas, além de realizar internações de curta duração em articulação com a RAPS (Brasil, 2017b).

O Fluxograma 1 apresenta a estrutura do Componente Hospitalar.



Fluxograma 1 – Estrutura do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: elaborado pelos autores, com base no Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

A partir da articulação desses pontos de atenção, pretende-se ampliar não apenas o acesso dos usuários com demandas na área de saúde mental, mas definir dispositivos de cuidado. Segundo Pinheiro (2008a, p. 113), o conceito de cuidado pode ser compreendido como "[...] uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro".

Por conseguinte, diante da necessidade de compreensão do acesso ao cuidado no âmbito da saúde mental, tendo em vista mudanças nas políticas de saúde mental, este capítulo traz a compreensão de como tem se dado o acesso ao cuidado em saúde mental nos pontos de atenção do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS. Nesse sentido, selecionamos produções científicas (PC) sobre o acesso ao cuidado em saúde mental nos pontos de atenção do RAPS, tendo como objetivos descrever a percepção de usuários, profissionais e/ou gestores sobre o acesso ao cuidado em saúde mental nos pontos de atenção do referido Componente Hospitalar; identificar os fluxos de acesso dos usuários no acesso ao cuidado em saúde mental; e detectar facilidades/avanços, dificuldades/limites, e desafios/perspectivas correlacionadas ao acesso ao cuidado em saúde mental nos pontos de atenção do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA

O percurso metodológico compreende uma revisão de integrativa aliada a uma análise de documentos oficiais. Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), uma Revisão Integrativa (RI) é um tipo de revisão bibliográfica sistemática que visa abarcar trabalhos produzidos a respeito de determinado tema a investigar, a fim de se produzir novos conhecimentos. É também um método que pode incluir estudos experimentais e não experimentais, possibilitando uma maior abrangência de material científico.

O rigor metodológico adotado na RI parte de sua estruturação em uma série de etapas, que variam conforme a literatura. Nesse sentido, seguimos os procedimentos descritos por Botelho, Cunha e Macedo

(2011): identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Seguindo-se tais procedimentos, empreendemos buscas em bases de dados, seja diretamente ou a partir de bibliotecas virtuais. Primeiramente, utilizamos a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando-se as bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos e Coleciona SUS. Consultamos também o portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), o Portal de Periódicos da CAPES (limitado o uso do conteúdo gratuito) e o Google Acadêmico. Além das bases de dados de publicações científicas indexadas, tendo explorado a literatura cinzenta, aquela que diz respeito a uma variedade de produções não convencionais, não publicadas ou em processo de publicação, sem controle bibliográfico rigoroso, de cunho não comercial e de circulação restrita, compreendendo, entre outros tipos, teses, dissertações, relatórios técnico-científicos e resumos de trabalhos apresentados em congresso (Botelho; Oliveira, 2015).

ESTRATÉGIAS E CRITÉRIOS DE PESQUISA

Para a seleção dessas produções científicas, usamos os seguintes critérios de inclusão: atendimento aos objetivos desta pesquisa; artigos publicados em português; literatura cinzenta em português (dissertações, teses e outros); o período de busca para as publicações compreendeu o ano de 2002 a 2021, devido aos objetivos considerarem historicamente os pontos de atenção dos Componentes Hospitalar da RAPS e a organização dos serviços hospitalares dada a partir da Reforma Psiquiátrica. Tais critérios foram estabelecidos por serem muito recentes as mudanças na Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para levantamento de alterações em um curto período. A exclusão de resultados das buscas contemplou os seguintes critérios: resultados repetidos; material que não atende aos objetivos desta pesquisa.

A estratégia de busca compreendeu combinações dos descritores: acesso aos serviços de saúde; hospitais; assistência à saúde mental; assistência hhospitalar; saúde mental; saúde mental; hospitais psiquiátricos; e hospital dia, recuperados do vocabulário controlado dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a fim de se determinar aquelas que melhor se adequassem à temática proposta, sendo utilizados os operadores booleanos AND e OR.

Mas, devido ao baixo quantitativo de achados de produções científicas para esta pesquisa (totalizando três), a fim de se ampliar os resultados e possibilitar uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado, realizamos uma análise de documentos, consistindo de uma técnica que visa pesquisa em documentos, escritos ou não, como relatórios, jornais, fotografias, cartas, registros audiovisuais, dentre outros (Gil, 2008; Lakatos; Marconi, 2003).

Tendo em vista a agregação entre produção científica e documentos como registros institucionais escritos, na modalidade "relatório oficiais", por compreendermos que se constituem de dados oriundos de fontes primárias contemporâneas, tidas como fidedignas (Lakatos; Marconi, 2003). Ressaltamos que tais documentos estão armazenados em arquivos públicos – dispensando, assim, a necessidade de anuência do Comitê de Ética –, a partir dos sites oficiais das secretarias estaduais de saúde e do Governo Federal.

O levantamento desses documentos ocorreu por meio de buscas nos sites das secretarias estaduais de saúde, no sistema SARGSUS e de pesquisas no Google. Usamos como critérios de inclusão relatórios datados dos últimos cinco anos (2016-2020), tendo em vista que nem todos os Estados apresentam os referidos documentos com sua última versão disponível; além da apresentação de sessões com dados consistentes sobre a atenção hospitalar na RAPS. Foram excluídos aqueles que não apresentavam/continham dados insuficientes sobre o Componente Hospitalar, selecionando-se, ao final, um total de 31 arquivos.

As buscas nas bases de dados foram realizadas no período entre fevereiro e abril de 2021, não sendo contempladas as alterações recentes na RAPS, dadas pela Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023, que revogou a Portaria n° 3.588, de 21 de dezembro de 2017 e alterou o Componente

Hospitalar da Portaria de Consolidação n° 3, sendo agora composto por leitos de psiquiatria em hospital geral e serviço hospitalar de referência, excluindo, portanto, a Unidade de Referência em Hospital Geral, o Hospital Psiquiátrico Especializado e o Hospital Dia.

Segundo a Nota Técnica nº 2/2023, emitida pela Coordenação-Geral de Normas, Estudos e Projetos da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde, alguns dispositivos então instituídos por normativas anteriores não contemplavam critérios técnicos importantes ou entravam em contradição com princípios da própria Reforma Psiquiátrica. Dentre eles, por exemplo, há a instituição de CAPS IV com um quantitativo de leitos que se assemelha a um hospital, descaracterizando, inclusive, o aspecto territorial; a falta de dimensionamento entre quantitativo de leitos e população; e a crítica de que "a portaria reinsere na RAPS o serviço de Hospital dia sem previsão de habilitação e orçamentário" (Brasil, 2023a, p. 1).

Apesar dessa mudança, entende-se que a pesquisa contemplou o período histórico ao qual se propôs avaliar e está suscetível, como qualquer pesquisa que envolva legislações, às mudanças legais, especialmente em períodos de acirramento dos embates político-ideológico que culminam na alteração da estruturação, no financiamento e nas políticas de saúde pública.

TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Seguindo para análise dos resultados, a metodologia utilizada foi a Análise Temática, modalidade da análise de conteúdo que implica na escolha de núcleos de sentido que atendam aos objetivos do estudo, compreendendo as palavras-chave (acesso, cuidado em saúde mental e hospital) e termos considerados sinônimos, a partir do referencial teórico utilizado. Seguiram-se as etapas de análise (e suas subetapas) elencadas por Gomes (2007), como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua respectiva interpretação.

Para a coleta dados, nas duas metodologias escolhidas, elaboramos um formulário (Quadro 1):

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	
Origem dos documentos (UF/MS):	
Fluxos de acesso:	
Dados quantitativos relevantes:	
Há alguma pontuação sobre percepção de usuários e gestores?	
Quais as finalidades/avanços, dificuldades/limites e desafios/perspectivas?	
Quais eram as metas?	Quais foram atingidas?
Observações:	

Quadro 1 – Formulário de coleta de dados

Fonte: elaborado pelos autores.

Para a análise temática, construímos uma ficha de agregação de temas (Quadro 2), sendo ambos os quadros baseados nos objetivos desta pesquisa.

FICHA PARA ANÁLISE TEMÁTICA		
UNIDADES DE REGISTRO		UNIDADES DE CONTEXTO
Como tem se dado o acesso ao cuidado em saúde mental no contexto hospitalar? /FORMA	Qual a percepção de usuários, profissionais e/ou gestores sobre o acesso ao cuidado em saúde mental no âmbito hospitalar? *JUÍZO DE VALOR	Quais as facilidades/ avanços, dificuldades/limites e desafios/perspectivas?
CLASSIFICAÇÂO DAS UR		

Quadro 2 – Ficha de análise temática

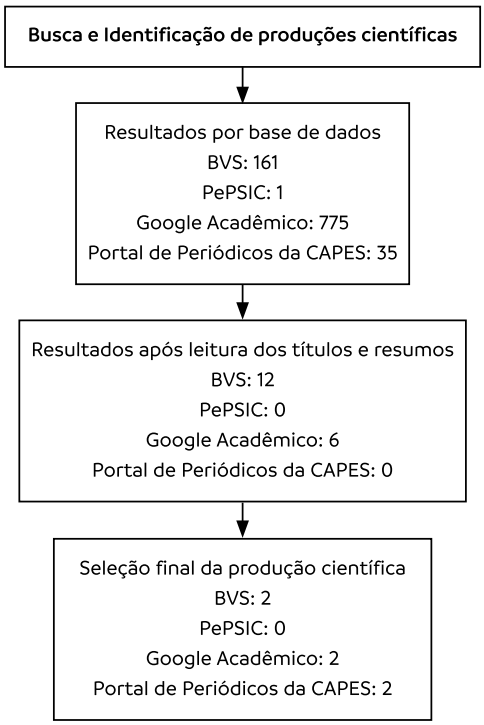
Fonte: elaborado pelos autores.

Após o devido preenchimento do formulário, seguindo-se as respectivas etapas da RI e da análise de documentos, os termos mais relevantes para a proposta desta pesquisa foram destacados para cada pergunta (Quadro 2) e, após verificação de repetição destes nos materiais, as Unidade de Registro (UR) foram classificadas e reclassificadas, dando origem aos temas que seguem na seção de discussão.

RESULTADOS

Os resultados obtidos na revisão integrativa constam do Quadro 3, com especificação da estratégia de busca usada para cada base de dados. Na oportunidade observamos um baixo quantitativo de resultados atinentes à proposta desta pesquisa, especialmente no que diz respeito às produções científicas, três artigos, o que supomos estar relacionado com a existência de um maior volume de pesquisas atinentes à rede extra-hospitalar na atenção à saúde mental, no longo processo ainda em curso da Reforma Psiquiátrica e, mais recentemente, às mudanças na composição da RAPS.

Apresentamos, a seguir, os resultados das etapas das buscas por base de dados (Fluxograma 2). O procedimento para inclusão dos achados abarcou os critérios já explicitados anteriormente e a leitura e seleção baseada, respectivamente, na leitura dos títulos, resumos e corpo do texto.



Fluxograma 2 – Etapas da busca nas bases de dados

Fonte: elaborado pelos autores.

Nos Quadros 3 e 4 elencamos algumas características dos artigos selecionados e da literatura cinzenta, como título, autor(es), objetivo, metodologia e a base de dados na qual foi recuperado o material.

Código	Produção Científica (PC)	Base de dados	Objetivos	Tipo de estudo
1	LIMA, D.W. C. *et al.* Os itinerários terapêuticos de idosos que fazem uso problemático de álcool. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 1-7, 2017.	Google Acadêmico	Conhecer o itinerário terapêutico de idosos que fazem uso problemático de álcool.	Artigo

Quadro 3 – Caracterização das produções científicas

Fonte: elaborado pelos autores.

Código	Produção Científica (PC)	Base de dados	Objetivos	Tipo de estudo
2	MONTEIRO, J. R. *Loucura é a falta de cuidado! O hospital geral como um lugar possível na rede de saúde mental*. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.	Google Acadêmico	Conhecer e compreender como se dá o acesso ao hospital geral como referência para internação psiquiátrica.	Dissertação (mestrado)
3	TEIXEIRA JUNIOR, S. *Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre*. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.	LILACS, BDENF – Enfermagem	Analisar a rede de serviços tecida a partir das trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos de uma ESF, do município de Porto Alegre.	Dissertação (mestrado)

Quadro 4 – Caracterização dos resultados encontrado – literatura cinzenta

Fonte: elaborado pelos autores.

Ressaltamos que no decorrer dos resultados e discussão as PC analisadas serão denominadas de PC1, PC1, PC2 e PC3.

Com base no Fluxograma 2 os resultados estão agregados nas bases Lilacs (2), Google Acadêmico (2) e BDENF (1), sendo esse último um resultado em comum com a Lilacs. A literatura cinzenta prevaleceu, incluindo duas dissertações e um relatório técnico e foi recuperado apenas um artigo.

Quanto ao local de produção, a prevalência foi da Região Sul (2), seguido do relatório com produção do próprio Ministério da Saúde, na Região Centro-Oeste (1) e uma (1) PC no Nordeste brasileiro. As datas das publicações, apesar de não termos estabelecido limite nos critérios de inclusão, apresentaram limitações, especialmente em relação ao período pós implementação da RAPS (a partir de 2011), tendo como único resultado o artigo do ano de 2017, que, por sua vez, ainda não contemplava as mudanças oriundas da Portaria nº 3.588/2017.

A partir da leitura flutuante do material, foi possível apreender unidades de registro, com a finalidade de verificar possíveis categorias de análise para o texto. Assim, a partir da congregação de temas em comum, dado o quantitativo de resultados, um núcleo temático emergiu: as barreiras no acesso ao cuidado em saúde mental no contexto hospitalar. Dividimos o tema em subtópicos, tendo como base alguma das dimensões do acesso concebidas por Assis e Jesus (2014) para melhor abordar a discussão pretendida, quando os temas serão discutidos posteriormente.

CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DE DOCUMENTOS

A fim de sintetizar os achados a respeito da evolução do Componente Hospitalar em cada estado e região, apresentamos os Quadros 5, 6, 7, 8 e 9. No entanto, ressaltamos que não há uniformidade nos dados, devido a diferenças entre os anos de publicação dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) analisados, servindo tal instrumento para uma visualização global dos resultados e suporte à análise documental. Além disso, contempla apenas os resultados dos RAGs das Secretarias Estaduais de Saúde, abarcando as realidades a nível estadual e regional.

UF (ANO REFERÊNCIA)	DADOS RELEVANTES SOBRE O COMPONENTE HOSPITALAR
Acre (2017)	Reportadas 930 internações em HP; 65 leitos psiquiátricos.
Amazonas (2019)	Previsão de implantação de 12 leitos de SM não foi cumprida. 5 hospitais dia, porém sem mais especificações.
Amapá (2017)	Um dos objetivos foi garantir leitos de retaguarda para referência ao paciente em hospital geral após 72 horas de internação, porém, não havia indicadores de metas e resultados.
Pará (2017)	Hospitais dia: 5; hospitais gerais: 158; hospitais especializados: 18.
Rondônia (2017)	Hospitais dia: 4; hospitais gerais: 39; hospitais especializados: 5. A meta de habilitação e credenciamento de 15 LSMHG não foi atingida. A meta de instalar 1 leito de retaguarda para atender a emenda da atenção psicossocial no hospital de base não foi atendida.
Roraima (2017)	Hospitais dia: – Hospitais gerais: 8; hospitais especializados: 2.
Tocantins (2019)	Não foi entregue oferta de leito especializado de recuperação de dependentes químicos; não existe contrato formalizado, visto à dificuldade de encontrar fornecedores. Há 2.304 leitos SUS com aproximadamente: 137 mil internações e 1.700 milhões de procedimentos hospitalares.

Quadro 5 – Síntese das alterações no Componente Hospitalar da RAPS por estado (Região Norte)

Fonte: elaboração dos autores, com base nos RAGs recuperados na pesquisa documental[1].

1 Os dados dos Quadros de 5 a 9, são de natureza genérica, incluindo a assistência privada, não sendo possível inferir diretamente sobre quantitativo relacionado à RAPS.

UF (ANO REFERÊNCIA)	DADOS RELEVANTES SOBRE O COMPONENTE HOSPITALAR
Alagoas (2019)	Foram habilitados 8 leitos de saúde mental em hospital (LSMHG) geral, totalizando 104 pontos de atenção na RAPS, do total de 208 previstos para o quadriênio 2016-2019.
Bahia (2019)	Não foram implantados os 6 LSMHG previstos no planejamento.
Ceará (2019)	Não houve sistematização em relação a objetivos e metas alcançadas de forma específica ou número de leitos e estabelecimentos hospitalares da RAPS.
Maranhão (2017)	Hospitais dia: 3; hospitais gerais: 194; hospitais especializados: 24.
Paraíba (2017)	Hospitais dia: 10; hospitais gerais: 93; hospitais especializados: 25.
Pernambuco (2017)	Apoiar ampliação e qualificação dos leitos integrais em saúde mental por meio de oficinas. Programado: 1; Resultado: 1. Implantar leitos de saúde mental nos hospitais regionais e geral. Programado: 30; Resultado: 22. Realização de reuniões de sobre processos de desinstitucionalização em Hospitais Colônia.
Piauí (2017)	Hospitais dia: 3; hospitais gerais: 93; hospitais especializados: 12. Significativo número de metas não alcançadas ou alcançadas parcialmente na atenção do SUS.
Rio Grande do Norte (2017)	Hospitais dia: 8; hospitais gerais: 66; hospitais especializados: 19.
Sergipe (2017)	Hospitais dia: 9; hospitais gerais: 28; hospitais especializados: 8.

Quadro 6 – Síntese das alterações no Componente Hospitalar da RAPS por estado (Região Nordeste)

Fonte: elaboração dos autores, com base nos RAGs recuperados na pesquisa documental.

UF (ANO REFERÊNCIA)	DADOS RELEVANTES SOBRE O COMPONENTE HOSPITALAR
Distrito Federal (2018)	Há um total de 45 leitos clínicos de Saúde Mental pelo SUS. Quantidade de leitos por especialidade cadastradas e excluídas, SES-DF, 3º quadrimestre, 2018: 51 em SM.
Goiás (2019)	Acompanhamento do processo de desospitalização e desinstitucionalização de moradores dos hospitais psiquiátricos de Rio Verde e Anápolis. Cofinanciamento 100% de leitos/dia de psiquiatria com avaliação adequada do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). Foram cumpridas as metas de apoio técnico, financeiro e institucional no âmbito dos Componentes da RAPS
Mato Grosso (2017)	Hospitais dia: 2; hospitais gerais: 116; hospitais especializados: 8.
Mato Grosso do Sul (2019)	Foram implantados 9 leitos de saúde mental em hospital geral.

Quadro 7 – Síntese das alterações no Componente Hospitalar da RAPS por estado (Região Centro-Oeste)

Fonte: elaboração dos autores, com base nos RAGs recuperados na pesquisa documental.

UF (ANO REFERÊNCIA)	DADOS RELEVANTES SOBRE O COMPONENTE HOSPITALAR
Espírito Santo (2018)	Foram celebrados dois termos de fomento para a inclusão de 18 leitos de saúde mental. No Hospital Roberto Arnizaut Silvares (HRAS), foram implantados 10 novos leitos de SM. Implantados 20 leitos de saúde mental em hospitais gerais (HIMABA (10) e MEPES Anchieta (10).
Minas Gerais (2017)	Hospitais dia: 9; hospitais gerais: 470; hospitais especializados: 25.
Rio de Janeiro (2019)	Operacionalizar o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ): -Meta de 7.800. Ocupação hospital dia (diárias); resultado: 9908. -Meta de 75% de taxa de ocupação hospitalar; resultado: 93%. Permanecem em funcionamento um número significativo de hospitais psiquiátricos (13 HP e 2 HCTP).
São Paulo (2019)	Hospitais dia: 60; hospitais gerais: 145; hospitais especializados: 51.

Quadro 8 – Síntese das alterações no Componente Hospitalar da RAPS por estado (Região Sudeste)

Fonte: elaboração dos autores, com base nos RAGs recuperados na pesquisa documental.

UF (ANO REFERÊNCIA)	DADOS RELEVANTES SOBRE O COMPONENTE HOSPITALAR
Paraná (2019)	Ampliar para até 40 o número de leitos de saúde mental em hospital geral; Resultado: 21. Apresentação do plano de gestão para transformar o espaço do Hospital Psiquiátrico em Centro de Atenção à Saúde Mental. Ativação de 4 leitos de psiquiatria em hospital infantil; Resultado: 00.
Santa Catarina (2017)	Hospitais dia: 8; hospitais gerais: 180; hospitais especializados: 11.
Rio Grande do Sul (2020)	Habilitação de 14 LSMHG, ampliando de 1.293, em 2019, para 1.307, em 2020. O número de leitos em hospitais psiquiátricos manteve-se em 741. Houve uma ampliação total de leitos em saúde mental de 2.034, em 2019, para 2.048 leitos em 2020.

Quadro 9 – Síntese das alterações no Componente Hospitalar da RAPS por estado (Região Sul)

Fonte: elaboração dos autores, com base nos RAGs recuperados na pesquisa documental.

Mediante os dados apresentados, eles nos permitem inferir uma variedade de ações no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, havendo muitas metas que não foram completamente alcançadas por motivos de ordem financeira, organizacional ou técnica.

A maior parte das informações sintetizadas a partir dos RAGs são relativas à implantação de leitos de saúde mental em hospital geral (LSMHG) e ações de desinstitucionalização, havendo poucos dados específicos de ações de saúde mental em hospital dia pela rede SUS, o que entra em consonância com os achados da revisão integrativa e com o fato de ser uma mudança recente na legislação em saúde mental.

A generalização de metas não cumpridas ou parcialmente cumpridas sinalizam a dificuldade de efetivar o Componente Hospitalar na Rede de Atenção Psicossocial, levando-se em conta, inclusive, a possibilidade de que a combinação do alto custo de serviços hospitalares, a sua ausência/limitação desses dispositivos, que sejam qualificados para prestar cuidados em saúde mental do SUS, mais todo o estigma que o portador de transtorno mental e/ou usuário de álcool, crack e outras drogas como fatores que vão impactar diretamente o acesso desse público.

DISCUSSÃO

ACESSO AO CUIDADO HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL: BARREIRAS ENCONTRADAS

As barreiras ao acesso aos serviços de saúde dizem respeito às dificuldades encontradas pelos usuários para adentrar na rede e receber os respectivos cuidados. Uma realidade que acreditamos estar diretamente relacionada com as dimensões de acesso defendidas por Assis e Jesus (2014).

Para tais autores a *dimensão política* engloba a gestão de programas e processos a partir das esferas de poder, bem como a participação popular; a *dimensão econômico-social* trata dos investimentos e das barreiras de base material, econômica, cultural e física; a *dimensão organizacional* diz respeito à estrutura da rede e ao fluxo de atendimento no sentido de atender às demandas dos usuários, compreendendo barreiras de ordem geográfica; já a *dimensão técnica* está mais relacionada às ações práticas/concretas, observando-se a integralidade e a qualidade da atenção a partir de um Projeto Terapêutico Compartilhado; por fim, a *dimensão simbólica* trata do processo em si de saúde-doença, bem como a cultura, crenças, valores e subjetividade que podem ser encontrados em determinado contexto.

Compreender as dimensões do acesso é fundamental para categorizar quais tipos de dificuldades/barreiras/avanços/facilidades que os usuários encontram para acessar o cuidado hospitalar em saúde mental.

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

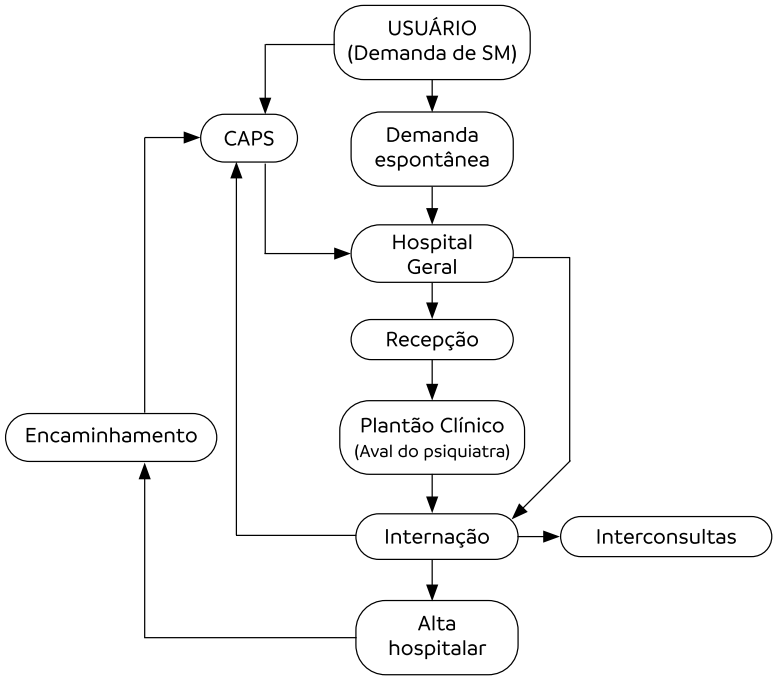
Abordar a dimensão organizacional é referir-se tanto a dificuldades quanto a facilidades na porta de entrada da rede, aos fluxos de atendimento, às barreiras geográficas e ao sistema de regulação, a referência e a contrarreferência (Assis; Jesus, 2014). No caso da Rede de Atenção Psicossocial, os fluxos são determinados a partir de normativas como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) e da portaria de Consolidação nº 3/2017, tendo como porta de entrada os CAPS e os fluxos articulados da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nas produções científicas analisadas (1, 2 e 3), a entrada em serviços de saúde mental em hospitais é percebida como diversificada, tendo certa variedade como também formas de ingresso possíveis, como a demanda espontânea, acesso via setor de emergência, transferência, além de mediação pela regulação.

Nessas PC (1, 2 e 3) alguns usuários perceberam os fluxos de atenção marcados por dificuldades como "descaminhos e fragilidades", "fragmentação da rede assistencial", "pouca flexibilidade nos fluxos". Outrossim, alguns aspectos foram referidos como facilidades ao citar que é "fácil, em todo o tempo", é uma "porta de acesso diversificada", além de considerar que o "acesso não é nada demorado". Quanto à estrutura da rede de saúde mental dos municípios, em um caso particular, ela foi considerada exemplar na estruturação de seu atendimento à saúde mental (PC 2).

Particularmente essa produção científica analisou o acesso ao Hospital Geral como referência para internação psiquiátrica com entrevistas à direção, profissionais de saúde e usuários deste serviço e de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência em um município do Rio Grande do Sul.

No Fluxograma 3 é demonstrado o processo de lógica de atendimento interna e externa do referido hospital. A articulação com o CAPS, ainda que num período anterior à implementação formal da Rede de Atenção Psicossocial, fazia parte dos fluxos de atenção, contribuindo, inclusive, para a diminuição da burocracia interna da unidade hospitalar (2).



Fluxograma 3 – Fluxos de acesso/articulação do Hospital Geral e CAPS

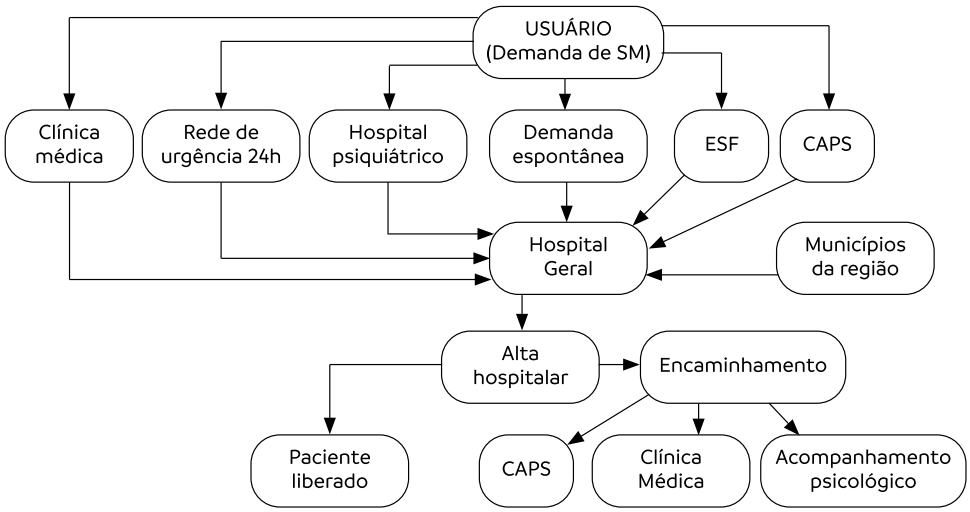
Fonte: elaborado pelos autores, baseada em Monteiro (2009).

Apesar desse modelo ser considerado quase "ideal" de atenção à saúde mental, nem todas as experiências acontecem de maneira semelhante. Um estudo realizado sobre o atendimento à saúde mental voltado a idosos usuários de álcool e seus itinerários na rede de atenção à saúde em um município do Rio Grande do Norte identificou que o acesso à rede hospitalar ocorreu em hospitais psiquiátricos e hospital geral por meio de encaminhamento e por demanda espontânea, havendo entrada de usuários diretamente pelas portas de atenção do Hospital Psiquiátrico. Todavia, os autores supracitados, identificaram dificuldades no acesso por conta da fragilidade da rede local, e a descontinuidade de tratamento, restando a alguns usuários buscarem outros serviços, como o CAPS AD por conta própria.

Da mesma forma, na PC3 os resultados das entrevistas realizadas com os usuários da rede de saúde mental apontaram para uma descontinuidade do seu tratamento após a alta hospitalar, não recebendo nenhum encaminhamento, seguindo seus próprios itinerários, o que pode ser indicativo

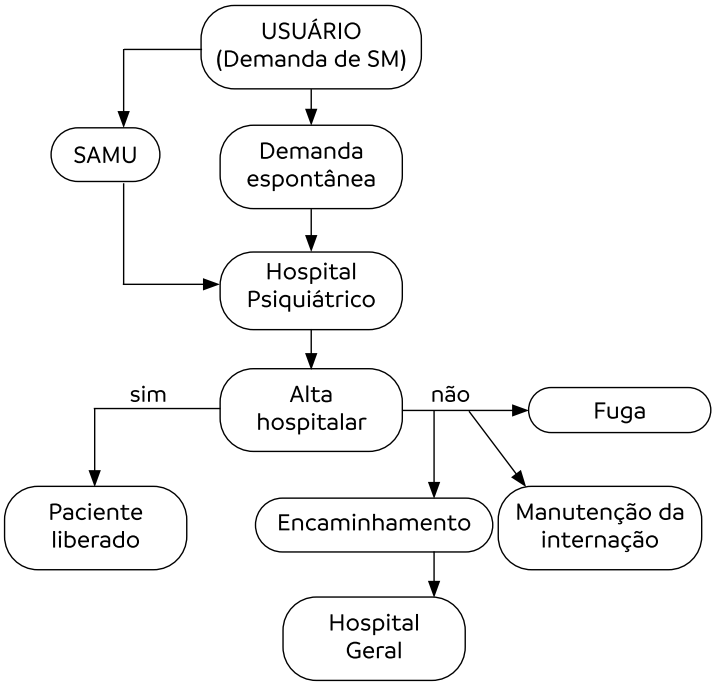
sobre a fragilidade do funcionamento da rede existente no município em questão. O autor também refere a rede de serviços como fragmentada e pouco articulada, com diferenças entre o que era planejado e executado no sentido de sua cobertura, caracterizando poucas possibilidades além do circuito manicomial/hospitalocêntrico.

Tendo em vista as situações até então apresentadas, a partir dos pontos comuns evidenciados no acesso aos dispositivos hospitalares encontrados nos resultados (exceto hospital dia), foram elaborados os Fluxogramas 4 e 5, que visaram sintetizar os fluxos de atenção à saúde mental na atenção hospitalar e possibilitaram ampliar as discussões.



Fluxograma 4 – Fluxos de acesso à atenção em saúde mental (Hospital Geral)

Fonte: baseado em informações de Lima e demais autores (2017), Monteiro, (2009) e Teixeira Junior (2010).



Fluxograma 5 – Fluxos de acesso à atenção em saúde mental (Hospital Psiquiátrico)

Fonte: baseado em informações de Lima e demais autores (2017), Monteiro, (2009) e Teixeira Junior (2010).

Torna-se necessário compreendermos os fluxos de atenção em saúde mental na atenção hospitalar a partir do pressuposto que o sistema está (ou deveria estar) organizado em uma rede na qual se visa atenção integral dos usuários. Essa integralidade está relacionada aos fluxos assistenciais, na medida em que acessar diversos serviços, conforme as necessidades dos usuários, especialmente no âmbito da saúde mental, passa pela compreensão do conceito ampliado de saúde.

Baseando-se nesse pressuposto, o próximo item aborda a dimensão técnica do acesso que, além da integralidade, compreende itens como acolhimento, vínculo, competência, autonomia, compromisso, a manutenção de um Projeto Terapêutico Compartilhado, entre outros elementos (Assis; Jesus, 2014).

DIMENSÃO TÉCNICA

A dimensão técnica coloca o usuário em destaque na rede de atenção à saúde, tendo como suporte o conceito de integralidade. A integralidade pode ser entendida como um conjunto de ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde ou, ainda, em um conceito ampliado, poderá ser apreendida como uma "ação social", produto das práticas de diversos atores em prol da "defesa da vida" (Pinheiro, 2008b). Essa compreensão está diretamente relacionada à concepção de cuidado em saúde, na medida em que as ações que visam um cuidado integral partem de noções como encontro com o outro, espacialidade, cotidiano, onde o saber fazer se conjuga com práticas que visam autonomia, liberdade e desenvolvimento de potencialidades (Alves; Guljor, 2006; Pinheiro, 2008a, 2008b).

Nas produções científicas analisadas, o acolhimento foi visto de formas divergentes, conforme o tipo de hospital e o público atendido. As experiências foram avaliadas como positivas no Hospital Geral, retratado como instituição de "refúgio e segurança", com profissionais que atuavam ao mesmo tempo no CAPS de referência, o que facilitava uma visão integral do cuidado, permitindo a circulação dos usuários de forma monitorada, tanto interna, como externamente (PC2)

Nessa mesma PC o cuidado em saúde mental nos serviços foi pautado pelo acolhimento, liberdade, respeito, autonomia dos usuários, havendo a presença de acompanhantes integralmente. O fortalecimento das práticas de cuidado ocorreu pelo trabalho multiprofissional e compartilhamento das práticas com os familiares, em contraposição a práticas punitivas que eram utilizadas anteriormente nos próprios ambientes domésticos (PC2).

Já a PC1, destaca a experiência de usuários, tanto no Hospital Geral, como no Psiquiátrico, sendo marcada por diversos estigmas relacionados à idade e ao uso abusivo de álcool. Inclusive, os usuários relataram negativa de atendimento pelos médicos depois de repetidas entradas nos serviços, o que retrata a falta de um modelo de cuidado integral à saúde, com ausência de articulação ao CAPS AD e da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, com práticas de redução de danos, já que se trata de usuários de álcool.

Um fato "bizarro" foi descrito na PC3 a respeito dos próprios usuários servirem como mão de obra às instituições, seja para suprir a insuficiência de trabalhadores, seja em troca de benefícios internos, distorcendo

totalmente a dimensão técnica do acesso, em que o trabalho se manifesta como possibilidade de construção de autonomia e reinserção social e não como auxílio na manutenção do hospital.

As produções científicas que abordam a dimensão técnica a respeito do acesso aos serviços de saúde mental hospitalar, mostram modelos contrastantes de cuidado, com coexistência de práticas manicomiais e uma experiência modelo na integralidade na atenção. Foi recorrente a referência sobre o acolhimento, autonomia e a forma de lidar com estigmas relacionados a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Mas, apesar das críticas, as internações permanecem sendo um recurso no atual modelo de atenção psicossocial, no entanto, precisam ser realizadas em casos de crise e somente após o esgotamento de todos os recursos de cuidado extra-hospitalares, ficando os usuários internados em período de curta duração, e com referência em um Centro de Atenção Psicossocial (Brasil, 2001, 2017a).

DIMENSÃO SIMBÓLICA

Neste item abordamos, especificamente, os processos de saúde-doença com ênfase ao estigma sofrido pelos usuários na atenção hospitalar, entendendo-se que nessas relações passam questões simbólicas, ou seja, relacionadas com cultura, crenças, valores e subjetividade.

As PC1, PC2, e PC3 fazem referência ao acesso relacionado à dimensão simbólica permeado de barreiras ao cuidado em saúde mental encontradas nas instituições hospitalares, com dificuldades de entrada nos serviços por motivos relacionados aos estigmas para com o perfil de usuários. Tais estigmas são traduzidos pelas entradas repetidas nos serviços, preconceito com portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e até discriminação com idosos, como relatado anteriormente.

No sentido de ilustrar essa realidade, a fala de um participante da PC1 leva-nos a refletir, muitas vezes, a forma na qual alguns profissionais entendem os processos saúde-doença resultantes em discriminação, frequentes internações e descontinuidades no tratamento, envolvendo dois aspectos: a idade dos usuários e o uso abusivo de álcool.

Outrossim, o processo de saúde-doença pode ainda ser visto sob outra perspectiva: a do mundo do trabalho. O trabalho é entendido como instância de inserção dos sujeitos no mundo capitalista, provendo, supostamente, garantia de dignidade e cidadania, ao contrário da representação do senso comum do "ócio" e "vagabundagem" que são associados às pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas e os portadores de transtornos mentais. O trabalho é valorizado como forma de manutenção da produção do capital, aparecendo como manutenção de estruturas de poder e controle do "louco" (Foucault, 2011; Goffman, 2001).

O entendimento de Foucault de que a apropriação da loucura pela instituição hospitalar tem a ver com a mudança paradigmática da Psiquiatria no entendimento de um fenômeno enquanto desvio da normalidade, tendo como fim a produção de um saber verdadeiro sobre o louco, que representa perigo para a sociedade.

Isso pode ser remetido diretamente ao cuidar voltado a questões de saúde mental, quando os sujeitos são estigmatizados por fugir de um padrão de conduta de normalidade. O processo de saúde-doença sob a ótica da atenção hospitalar só é modificado quando, efetivamente, a reforma psiquiátrica consegue implementar uma descentralização do foco da atenção no Hospital Geral, concretizando, assim, uma mudança simbólica (do processo saúde-doença) no fazer dos profissionais de saúde.

O entendimento de Foucault (2011) é de que a apropriação da loucura pela instituição hospitalar tem a ver com a mudança paradigmática da Psiquiatria, que passa a compreender a loucura como um fenômeno que se constitui enquanto desvio da normalidade. A finalidade da psiquiatria passa a ser, portanto, a produção de um saber verdadeiro sobre o louco – que representaria um perigo para a sociedade. Assim, a institucionalização da loucura pode ser remetida ao cuidado em saúde mental, na medida em que o sujeito passível de tratamento é aquele estigmatizado por fugir do padrão de conduta da normalidade.

O processo de saúde-doença sob a ótica da atenção hospitalar só é modificado quando ocorre a mudança nesse tipo de tratamento e, efetivamente, quando a reforma psiquiátrica consegue implementar uma descentralização do foco da atenção no Hospital Geral, concretizando, assim, uma mudança simbólica (do processo saúde-doença) no fazer dos profissionais de saúde.

Ademais compreendemos que a internação em uma unidade hospitalar de cunho geral pode permitir integração com múltiplos saberes e profissionais, proporcionando integralidade do cuidado no processo de saúde-doença com o olhar sendo "[...] deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu 'andar a vida'". Desse modo, "o cuidado abarca a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo de uma intervenção voltada para a remissão de sintomas" (Alves; Guljor, 2006, p. 229).

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO PORTA DE ACESSO: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO AO HOSPITAL GERAL

Os achados na pesquisa documental possibilitaram a elaboração de uma área temática relacionadas às mudanças no modelo de atenção em saúde mental em nível hospitalar. Todavia, vemos que há um tensionamento no movimento histórico de diminuir, até a extinção, a participação dos hospitais psiquiátricos, mas também há, posteriormente, sua reinclusão na rede, bem como o acréscimo dos hospitais dia.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) possibilitou avaliar alguns requisitos que os hospitais deveriam atender, encontrando como resultados que essas instituições não possuíam plano terapêutico para seus usuários ou o plano era inconsistente; os recursos "humanos" (setor pessoal) eram insuficientes ou inadequados; as taxas de tempo de internação eram inadequadas ou existiam muitos pacientes de longa permanência. Quanto ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH), a Política Nacional de Saúde Mental se direcionou no sentido de ampliar leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais de pequeno porte: "no período 2004-2006, houve uma reconfiguração dos portes dos hospitais" (Brasil, 2007, p. 28).

É visível nos dados coletados a presença de resistências e dificuldades quando do incremento desse dispositivo na rede, como, por exemplo, no relatório do estado da Bahia (Bahia, 2020), onde a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais não obteve nenhum êxito, por motivos listados como paradigmas na atenção ao público à Saúde Mental, com a ausência de publicações de habilitação de serviços por parte do Ministério da Saúde (MS); contingenciamento de recursos; e falta de infraestrutura.

Por outro lado, algumas experiências apresentam avanço, como no estado do Rio Grande do Sul (2021), onde houve a ampliação na regulação do acesso a leitos hospitalares de saúde mental, com aumento da cobertura de 45% para 60%, sendo habilitados 14 leitos de saúde mental integral em hospitais gerais e a instalação de duas Unidades Especializadas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, com total de 18 leitos. Entretanto, é necessário, observar, conforme o relatório do período 2011-2015 (Brasil, 2016), a importância das particularidades em nível regional e local para a implementação do modelo psicossocial de atenção, sensibilizando os gestores a ter uma maior atenção no processo de qualificação da RAPS.

Uma experiência exitosa sobre metas e resultados em relação à implantação de leitos de saúde mental em hospital geral é referida no estado do Acre[2], tendo assim a meta de fortalecimento dos serviços e ações de saúde mental alcançada, sem a utilização de todos os recursos disponíveis. Foi realizado também, o acompanhamento de projetos de implantação dos leitos de saúde mental em hospital geral, os quais se encontravam em processo de aprovação, porém não há indicativos da quantidade de leitos.

A respeito dos hospitais dia, a Rede SUS, no Amazonas, conta com cinco estabelecimentos de gestão municipal, porém sem nenhuma especificação a respeito de seu funcionamento para demandas de saúde mental, no Estado há um hospital especializado em psiquiatria, onde ocorre o desenvolvimento de ações de humanização, juntamente com os CAPS e um Centro de Reabilitação em Dependência Química, com 64.490 atendimentos, superando em 139,5%, a meta de 60.000 atendimentos para o ano de 2019.

Os relatórios anuais de gestão analisados, de maneira geral, destacam metas que visam ampliação do acesso através dos leitos de saúde mental em hospital geral; expansão da RAPS em nível estadual, principalmente com a oferta de CAPS; melhoria do cuidado com o atendimento humanizado; redução do tempo médio de permanência em instituições hospitalares; e fechamento de hospitais psiquiátricos, atendendo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, ao mesmo tempo em que, são resultados limitados pelo recorte temporal em relação à nova Política Nacional de Saúde Mental, havendo pouca menção aos hospitais-dia.

2 Nas referências ver: Acre (2017).

Por outro lado, isso pode ser um indicativo de que, em virtude da superação dessas instituições na RAPS (Brasil, 2007) e das dificuldades já apontadas de manutenção e aderência a novos pontos na Rede, não há movimentações significativas estaduais de implementação de unidades hospital dia de saúde mental pelo SUS.

Observamos, portanto, como ao longo de toda a construção desta pesquisa, que as ações voltadas à efetivação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial precisam ser pautadas na integração dos dispositivos que ela dispõe. Da maneira semelhante, qualquer mudança que se pretende que vá de encontro à Reforma Psiquiátrica, à Política de Humanização e ao princípio de participação da comunidade., precisa ser objeto de amplo e profundo debate, para que as instâncias do SUS sejam efetivamente ouvidas e atendidas em suas necessidades, resguardando-se os governos no atendimento efetivo do interesse público e não promovendo revezes em importantes, mas ainda frágeis conquistas no campo da saúde mental (Cruz; Delgado; Gonçalves, 2020; Sousa; Jorge, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As investigações empreendidas possibilitaram verificar poucos achados sobre o cuidado em saúde mental na atenção hospitalar, podendo tal fato estar relacionado às mudanças no paradigma de atenção, com direcionamento psicossocial e comunitário. No que tange aos resultados da revisão integrativa, a categoria à qual se chegou, relaciona-se com o quantitativo de resultados e discussões que pautam o entendimento na atenção hospitalar em saúde mental na perspectiva de barreiras de acesso.

A respeito das dificuldades/barreiras do acesso relacionadas à dimensão organizacional ficam explícitas limitações nos fluxos assistenciais impostas pela desarticulação das redes. Quanto à dimensão técnica, foram mostradas experiências variadas, havendo, em alguns casos, a falta de suporte familiar, de um plano terapêutico singular, punições e práticas manicomiais em geral, e, em outros, a integração da família na atenção à saúde mental e práticas de matriciamento e interconsulta. Por fim, a dimensão simbólica desse acesso diz respeito aos estigmas, que provocam barreiras devido à discriminação

aos sujeitos, promovendo descontinuidade no tratamento pela falta de perspectiva de melhora.

Nos documentos, foi possível notar que o acesso ao componente hospitalar está diretamente vinculado às alterações na RAPS, que promovem a desinstitucionalização, porém, ao mesmo tempo, a oferta de leitos em hospital geral é limitada pela oferta disponível em cada região, além de alguns aspectos como a organização da rede e o entendimento dos profissionais sobre a rede em SM e a prestação de cuidado.

Entretanto, são necessárias pesquisas que realizem levantamentos regionais com recorte cronológico para a melhor compreensão contextualizada sobre os avanços e retrocessos do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, tendo em vista possibilitar uma proposta de mudanças mais efetivas na realidade de cada Estado brasileiro. Seguindo essa mesma linha temática, sugerimos estudos complementares sobre cada componente particular da rede local, regional e nacional a longo prazo, considerando-se os impactos da nova política de saúde mental na atenção hospitalar.

REFERÊNCIAS

ACRE. Governo do Estado do Acre. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório Gestão 2017*. [Rio Branco]: Secretaria de Estado de Saúde, 2017.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco, 2006. p. 223-242.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, Albany, v. 36, p. 1-10, 1995. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738325/. Acesso em: 4 ago. 2020.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *In*: ALMEIDA, M. V. G.; ASSIS, M. M. A. (org.). *Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema único de Saúde.* Feira de Santana: UEFS Ed., 2014. p. 43-75.

ASSIS, M. M. A.**;** JESUS, W. L. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2019*. Salvador: SAEB, 2020. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Relatório-Anual-de-Gestão-2019.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: https://ges.face.ufmg.br/index.php/gestaoesociedade/article/view/1220/906. Acesso em: 25 abr. 2021.

BOTELHO, R. G.; OLIVEIRA, C. C. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 44, n .3, p. 501-513, 2015. Disponível em: https://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1804. Acesso em: 4 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69-E, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 2/2023-CGNEP/DESME/SAES/MS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 247, p. 230-232, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, 21 de dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. [Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 117, p. 296, 22 jun. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006*: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS*: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CRUZ, N. F. O.; GONCALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH. Acesso em: 4 maio 2021.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 29. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

GIL, A. C. Utilização de documentos. *In:* GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 147-155.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* Tradução: Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In:* MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de Pesquisa. *In:* LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica.* 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 174-214.

LIMA, D.W. C. *et al.* Os itinerários terapêuticos de idosos que fazem uso problemático de álcool. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37276. Acesso em: 11 maio 2022.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,

v. 20, p. 190-198, 2004. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ. Acesso em: 11 maio 2022.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

MONTEIRO, J. R. *Loucura é a falta de cuidado! O hospital geral como um lugar possível na rede de saúde menta*l. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. *In:* PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. *In:* PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. *Relatório Anual de Gestão 2020*. Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/31140004-rag-2020-final-30032021.pdf. Acesso em: 23 abr. 2020.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/ZXdDcTXSsJjtXbph5SZHwcr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 3 out. 2021.

TEIXEIRA JUNIOR, S. *Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde do município de Porto Alegre*. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SOBRE OS AUTORES

MATHEUS ALMEIDA MARQUES

Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Assistente Administrativo. Técnico em Administração pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai). Técnico em Segurança do Trabalho pelo Centro de Educação Tecnológica do Estado da Bahia (Ceteb). Foi bolsista do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: mmarques.ct@gmail.com

SILVANIA SALES OLIVEIRA

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da UEFS. Docente da Graduação em Enfermagem, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: ssoliveira2@uefs.br

CAPÍTULO 5

ESTRATÉGIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA COVID-19 PARA A PROMOÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Bianca de Oliveira Araújo
Lívia de Souza e Souza

INTRODUÇÃO

A saúde passou a ser vista como direito humano fundamental, a partir de 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU). E, a partir de então, vários documentos internacionais objetivaram reafirmar a saúde como direito humano fundamental.

Porém, quatro décadas depois, no Brasil, a saúde é garantida pela Constituição Federal de 1988 como um direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado (Brasil, 1988), criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender todas as pessoas, no território brasileiro, a partir do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

O acesso universal, segundo Araújo, Nascimento e Araújo (2019), é a garantia do direito que qualquer pessoa tem de ser atendida pelos serviços de saúde no sistema público. Entretanto, na realidade, segundo as autoras, ainda não vivenciamos a concretização do acesso universal e igualitário desses usuários aos serviços de saúde, principalmente quando relacionado aos serviços de média e alta densidade tecnológica, pois, segundo essas

estas, a oferta dos serviços acontece, em sua maioria, pelas instituições privadas o que, muitas vezes, dificulta e até impossibilita a concretização do acesso dos usuários a tais níveis de atenção.

Para Jesus e Assis (2010), o acesso é compreendido como a "porta de entrada", local de recepção, acolhimento do usuário, que apresenta uma necessidade de saúde específica, e os caminhos percorridos por ele no sistema de saúde para alcançar a resolubilidade da sua demanda, além de se constituir em um dispositivo que pode transformar a realidade e garantir a promoção do vínculo, acolhimento, humanização e resolubilidade da assistência. Por sua vez, Nascimento e demais autores (2016) compreendem o acesso como a prestação do cuidado adequado no momento adequado e no local adequado.

Diante do exposto, defendemos a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de forma que os usuários dos serviços possam ter a resolubilidade dos seus problemas de saúde e, consequentemente, a garantia do seu direito à saúde.

Segundo Thiede e McIntyre (2008), o acesso está relacionado com a liberdade dos usuários em utilizar os serviços de saúde que será determinado pelas suas escolhas. Escolhas, que por sua vez, serão influenciadas pelas informações acerca das questões de saúde e do serviço de saúde que cada indivíduo possui. Consideram, portanto, a informação como um pré-requisito para o acesso, sendo necessário o desenvolvimento de políticas de saúde que enfatizem a comunicação em saúde.

Desse modo, entendemos que para ter acesso aos serviços de saúde e às condições de vida que possibilitem aos usuários desses serviços alcançarem à saúde é necessário que eles conheçam o funcionamento do sistema de saúde e que tenham saberes que lhes proporcionem uma melhor qualidade de vida, a partir do que é ofertado nesses serviços prioritários.

Todavia, segundo Paim (2018), a ampliação da oferta e do acesso aos serviços de saúde, foi possível, graças à descentralização das atribuições e dos recursos, gerando impactos na saúde, um dos muitos avanços conseguidos desde a implantação do SUS.

Em contrapartida apesar dessas conquistas, para Oliveira e demais autores (2020), os desafios vêm crescendo ainda mais, principalmente,

durante a pandemia da covid-19, onde situações que já eram comuns como as vulnerabilidades existentes passaram a ser ainda mais evidentes.

Diante da realidade da pandemia, de acordo com Silva e demais autores (2020a), uma das ferramentas utilizadas para combater a covid-19 é a educação em saúde, uma vez que há uma efetiva possibilidade de compartilhar conhecimentos sobre a prevenção e o tratamento da patologia. Todavia, é preciso que os profissionais dessa área reconheçam a importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde desde a atenção básica até serviços de saúde mais complexos, como hospitais, a fim de que a população produza maior conhecimento sobre a sua saúde e possam, consequentemente, ter maior propriedade para se prevenir e tratar da covid-19.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (2007, p. 21), a educação em saúde

> [...] é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua 'participação real' no exercício do controle social.

Desse modo, Morosini, Fonseca e Pereira (2008) concebem a educação em saúde como uma maneira das pessoas terem recursos para intervirem e transformarem determinadas circunstâncias de vida buscando melhorias na saúde, com o desenvolvimento de ações individuais e coletivas.

Numa visão ampliada, Falkenberg e demais autores (2014) compreendem que a educação em saúde tem como objetivo desenvolver ações que permitam a reflexão dos indivíduos a respeito do tema tratado, o que poderá permitir que ele seja capaz de propor e opinar sobre as decisões de sua saúde, da sua família e da comunidade em que vive. Daí defendermos que a educação em saúde deve e precisa ser utilizada como uma estratégia para o desenvolvimento das ações nessa área buscando a integralidade da atenção à saúde, principalmente nas ações de promoção desta e de prevenção de doenças.

Por conseguinte, a realização de ações de educação em saúde poderá influenciar os usuários a aderirem ou não a esses serviços. Entretanto, o estudo de Batista e Caldas (2017, p. 2-3) apresenta que "Fatores que interferem

na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico" e ressalta cinco aspectos que dificultam essa adesão, dentre eles estão "a dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde" e o "pouco investimento em ações de educação em saúde nesta área".

Nesse sentido, compreendemos que o acesso e a educação em saúde também poderão influenciar na adesão dos usuários a outros programas e serviços de saúde e que, além disso, consideramos que a ação educacional é uma das possíveis estratégias para interferir no acesso dos indivíduos ao sistema de saúde, tendo em vista que os usuários só irão buscá-lo se perceberem suas necessidades e souberem qual instituição poderá ajudá-los a resolvê-las.

Mas, as práticas de educação em saúde, portanto, segundo Falkenberg e demais autores (2014), precisam envolver os profissionais de saúde que reconheçam a importância da prevenção e da promoção tanto quanto as práticas curativas e os gestores que deem apoio a esses profissionais, assim como à comunidade que precisa ampliar seus conhecimentos para desenvolver sua autonomia nesses cuidados, tanto individual quanto coletivamente.

Diante do exposto é notório que a educação em saúde pode se configurar como um importante meio de veiculação de informações acerca do processo saúde-doença e também do funcionamento dos serviços ofertados para a população, possibilitando assim um maior acesso destes aos insumos e serviços de saúde.

Além disso, no contexto de pandemia da covid-19 a educação em saúde tem sua importância para a prevenção da doença e para os cuidados com os doentes. É bom lembrarmos que a covid-19 é uma enfermidade causada pelo Sars-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave), e o primeiro caso foi detectado na cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019 (Brasil, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde essa síndrome é uma a doença que pode se manifestar desde a forma assintomática até quadros mais graves, cujos conhecimentos embasados na Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que pessoas no estágio assintomático podem atingir 80% dos pacientes que tenham covid-19, já os outros 20% que desenvolvem a doença, acabam necessitando de um atendimento mais especializado, pois apresentam um quadro de dificuldade respiratória (Brasil, 2020).

No Brasil, desde os primeiros casos de covid-19, medidas de segurança começaram a ser implementadas a fim de reduzir o contágio e, também, o colapso do sistema hospitalar diante do novo cenário que ia se instalando. Uma dessas medidas é o fato do cidadão, sintomático ou assintomático em investigação clínica e/ou laboratorial para diagnóstico de covid-19, ter o direito de permanecer em isolamento residencial até a confirmação diagnóstica, e em caso positivo pode permanecer em isolamento domiciliar de 5 a 10 dias após início dos sintomas, de acordo com critérios clínicos e laboratoriais (Brasil, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020) dentre as medidas de prevenção que se traduzem em redução do número de contaminados, são destacadas o distanciamento físico, higienização das mãos com água e sabão frequentemente, além do uso de material a base de álcool 70%, bem como, a utilização adequada das máscaras. Tais medidas foram reforçadas tanto pelas redes sociais como também pela mídia televisiva que tem um importante protagonismo na comunicação e na educação em saúde da comunidade, que pode vir a se tornar um grande parceiro para a a atuação e inserção dos conhecimentos em saúde.

A partir da realidade apresentada, acreditamos que a educação em saúde é uma ferramenta importante na contribuição prevenção e ao tratamento da covid-19.

Dessa maneira, esperamos fornecer subsídios para a formulação de estratégias a fim de superar as dificuldades e fortalecer as facilidades na operacionalização das práticas da educação em saúde, buscando promover o acesso igualitário e universal a estes serviços, com vistas à integralidade e **à** equidade da assistência prestada, bem como a resolubilidade e qualificação dos serviços ofertados, além da possibilidade de colaborar para a valorização da atuação dos profissionais desta área salientando a sua importância na efetivação do acesso à saúde como direito.

PERCURSO METODOLÓGICO

Como caminho metodológico utilizamos uma revisão integrativa com uma abordagem crítica analítica, seguidas as seis etapas propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011).

Na primeira etapa foi definida a pergunta da pesquisa, "Como tem sido desenvolvida a educação em saúde para a prevenção e o tratamento da covid-19?" tendo em vista os seguintes objetivos: discutir como a educação em saúde tem sido desenvolvida para a prevenção e o tratamento da covid-19 para a promoção do acesso, assim como identificar as estratégias usadas nas atividades de educação em saúde desenvolvidas para a prevenção e o tratamento desta síndrome; e, descrever facilidades, dificuldades e/ou perspectivas da educação em saúde para a prevenção e o tratamento da covid-19.

Nessa etapa delimitamos os descritores e também as bases de dados a serem utilizadas para a coleta das produções científicas (PCs). Essa coleta foi realizada no período de 21 a 30 de junho de 2021. Os descritores utilizados foram identificados no site dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) sendo eles "educação em saúde" e "covid-19". A união dos descritores foi feita com o operador boleano AND. As bases de dados usadas na pesquisa foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), e a busca foi feita através do site da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). No primeiro momento foram identificadas 3.782 produções científicas.

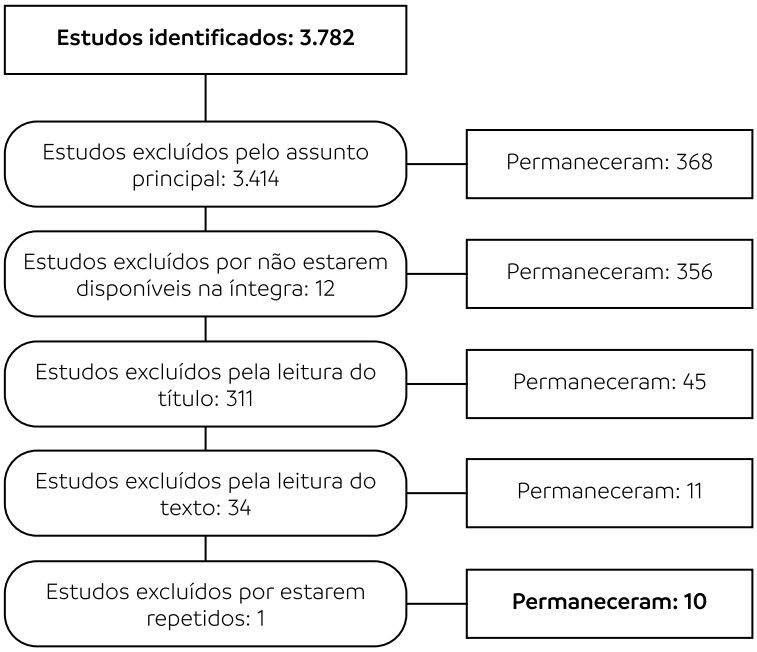
Seguimos assim com a segunda etapa tendo delimitados os critérios de inclusão das PC que contemplassem o filtro de assunto principal, como comunicação, mídias sociais, educação em saúde e comunicação em saúde. Desse modo, foram excluídas 3.414 PCs, restando nesse momento 368 PCs dessa primeira seleção. Já numa segunda seleção, utilizamos como critérios de exclusão estudos que não estivessem disponíveis na íntegra, sendo excluídos 12 deles, restando 356 para a terceira etapa.

Nessa terceira etapa, realizamos a leitura dos estudos, incialmente dos títulos, delimitando assim aqueles que atendessem os critérios de inclusão bem como os objetivos da pesquisa. Após a conclusão dessa leitura permaneceram para a quarta etapa 45 PCs.

A quarta etapa caracterizou-se pela leitura completa dos estudos, finalizando a seleção com 10 PCs. Já na quinta etapa realizamos a análise das PCs, para tanto utilizamos a Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2016), seguindo as três etapas de ordenação, classificação e análise final dos dados.

Por fim, a sexta etapa consistiu na realização da síntese e apresentação da pesquisa.

A seguir apresentamos no Fluxograma 1 o esquema da estratégia de busca nas bases de dados.



Fluxograma 1 – Estratégia de busca nas bases de dados LILACS e MEDLINE

Fonte: elaborado pelas autoras (2023).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Fluxograma 1 foram selecionados 10 PCs para a revisão integrativa, publicados tanto em âmbito nacional quanto internacional, além de seguir rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Assim, para dar maior clareza a esses critérios, esquematizamos de forma sintetizada as PCs selecionadas de acordo com algumas características – autores, ano de publicação, objetivo do estudo, local de publicação/periódico – no Quadro 1.

Dessa maneira, dentre as 10 PCs analisados, cinco foram publicadas nacionalmente e cinco internacionalmente. Quanto à busca, mesmo sendo

realizada em um período de constantes publicações, o ano com publicação de maior predominância foi 2020 com um total de sete artigos e em 2021 constatamos apenas três PCs.

Durante a análise das PCs, mais especificamente na etapa de classificação dos dados, foram identificadas duas unidades temáticas, desse modo, para melhor expor e discutir os resultados encontrados elaboramos duas categorias: ações de educação em saúde para a prevenção e o tratamento da covid-19; facilidades, dificuldades e perspectivas das ações de educação em saúde para a prevenção e o tratamento da covid-19.

Para melhor compreensão dos dados discutidos, as PCs serão descritas no texto seguindo e de acordo com o ordenamento no Quadro 1.

Nº	Autor/ano de publicação (PC)	Objetivo	Local de publicação/ Periódico
1	Aikins e Jackson (2020)	Descrever os tipos de representações de artes criativas e suas funções; e discutir como essas formas de arte oferecem modelos importantes de comunicação em saúde pública que podem moldar as intervenções de saúde pública durante a pandemia covid-19 e além.	Gana/ *Ghana Medical Journal*
2	Caetano e demais autores (2020)	Identificar as iniciativas de teleducação e informações em saúde direcionadas ao enfrentamento da pandemia da covid-19 oferecidas pelos Núcleos Estaduais de Telessaúde vinculados ao Programa Telessaúde Brasil Redes.	Divinópolis – Minas Gerais/ *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*
3	Chu e demais autores (2020)	Explorar o uso do Facebook por centros médicos acadêmicos durante a pandemia covid-19.	Toronto – Canadá/ *Revista de Pesquisa Médica na Internet*
4	Kearns e Kearns (2020)	Explorar o papel emergente e a pesquisa que apoia os quadrinhos como uma ferramenta de saúde pública durante a pandemia covid-19.	Londres/ *Revista de Comunicação Visual em Medicina*
5	Lima e demais autores (2020)	Relatar as experimentações dos membros do Grupo Temático de Educação Popular em Saúde através do relato dos componentes do núcleo de coordenação colegiadas das últimas gestões.	Rio de Janeiro – RJ/ *Ciência & Saúde Coletiva*

6	Silva e demais autores (2020)	Descrever as experiências de residentes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família acerca da aplicação de ações interdisciplinares no enfrentamento do novo coronavírus.	Brasília – DF/ *Enfermagem em Foco*
7	Souza e demais autores (2020)	Sensibilizar a população e verificar o conhecimento da mesma quanto à prevenção da covid-19, por meio da utilização de mídias sociais, com o intuito de ofertar e facilitar o acesso a informações de cunho educativo.	Umuarama – Paraná/ *Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR*
8	Banerjee e Meena (2021)	Destacar brevemente o impacto da desinformação em relação à covid-19, os fatores que aumentam sua disseminação e como a mídia social poderia ser usada de forma mais eficiente em tempos de crise.	*Frontiers in Public Health*
9	Figueiredo e demais autores (2021)	Relatar a experiência de residentes de fisioterapia em saúde coletiva no enfrentamento multidisciplinar e desenvolvimento de ações frente a doença coronavírus 2019 (covid-19).	Diamantina – Minas Gerais/ *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*
10	Riley e demais autores (2021)	Destacar como três organizações globais adaptaram programas de entretenimento-educação em resposta à covid-19 e considera as implicações para a teoria e o futuro desta estratégia de comunicação em saúde.	Londres/ *Health Comunication*

Quadro 1 – Síntese das produções cientificas selecionadas na Revisão Integrativa, Feira de Santana/BA, ago. 2021

Fonte: elaborado pelas autoras (2023).

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA COVID-19

De acordo com as PCs analisadas, as ações de educação em saúde desenvolvidas para a prevenção da covid-19 utilizam várias estratégias que são planejadas e executadas, considerando o contexto de pandemia em que as circunstâncias e as necessidades levaram a um isolamento como meio de prevenção da disseminação do vírus, ao mesmo tempo que estão cercados pelos meios de comunicação digital, o que diminui a distância material

causada pelo isolamento e contribui para o acesso às informações a respeito das medidas de prevenção e mitigação desse vírus, como exemplo a atividade de educação em saúde.

Porém, a educação em saúde nem sempre foi ou é aplicada de uma maneira tão atípica. Historicamente, segundo Alves e Aerts (2011), a educação em saúde empregada na área da saúde em seu início estava basicamente interessada em prevenir a enfermidade por meio do esforço individual, pois se entendia que as demandas em saúde eram causadas pela falta de conhecimento, sendo assim utilizada para transmitir as informações sem conhecer minimamente a comunidade.

De acordo com Machado e demais autores (2007) a educação em saúde para a "conscientização", transformação e libertação necessitam de uma relação mais próxima entre profissionais de saúde e comunidade de modo que o desenvolvimento dos conhecimentos aconteça de forma coletiva. Desse modo é importante que sejam consideradas as especificidades de cada comunidade tanto relacionadas aos assuntos a serem abordados quanto a metodologia utilizada.

Contudo, compreendemos que essa "conscientização" é difícil, uma vez que é necessária uma sensibilização da comunidade para que possa haver as mudanças de comportamentos de forma consciente e efetiva. Para isso, se torna ainda mais indispensável que a educação em saúde seja desenvolvida de forma adequada à realidade de cada comunidade, aspecto este identificado nos estudos analisados, em que a metodologia adotada foi de extrema importância para a adesão às ações de educação.

Nesse sentido, as PCs analisadas deixam explícitas uma adequação da educação em saúde à realidade a qual o indivíduo está inserido, o que vem facilitar uma maior compreensão das pessoas que participam das ações.

Durante a pandemia da covid-19 vimos que as estratégias para disseminação das informações sobre os cuidados com a saúde nas PCs analisadas têm considerado a forma que mais se adéqua à realidade da população que se quer atingir. Inclusive evidenciada uma nova era que é a inclusão das plataformas digitais ao cotidiano das pessoas como a ferramenta primordial para garantir informação e comunicação.

Essa realidade pode ser confirmada nas seguintes PCs: PC 3 (Chu *et al.*, 2020), PC 5 (Lima *et al.*, 2020), PC 6 (Silva *et al.*, 2020b), PC 7 (Souza

et al., 2020), PC 8 (Banerjee; Meena, 2021) e PC 10 (Riley *et al*., 2021), deixando clara a predominância da utilização das referidas ferramentas como meio de disseminar as medidas de prevenção contra a covid-19, tendo cada estudo utilizado o meio que fosse mais conveniente à sua realidade.

Especificamente, as PC 3 (Chu *et al*., 2020) e PC 8 (Banerjee; Meena, 2021) abordaram a confecção de vídeos informativos, *podcasts*, uso de campanhas *on-line* com postagens informativas, além da transmissão de histórias comoventes sobre ações de educação em saúde que possibilitam o aumento do engajamento das pessoas nesse contexto de mudanças essenciais para a promoção da saúde.

Já a PC 5 (Lima *et al*., 2020) destaca a mudança na forma de se reunir, ou seja, o uso de uma plataforma digital para realizar as reuniões e permitir a discussão do cuidado voltado às questões de higiene, além de possibilitar um fortalecimento da educação popular em saúde.

Enquanto a PC 7 (Souza *et al*., 2020) utilizou a confecção de mídias informativas realizadas sob a forma de cartilhas que se encontravam no Portable Document Format (PDF), além de postagens educativas utilizando a plataforma digital Instagram® como meio de propagação da informação. Todos esses instrumentos foram confeccionados baseados em produções bibliográficas sob a responsabilidade dos seus autores.

Também merece destaque a PC 6 (Silva *et al*., 2020) a respeito da utilização de cartilhas para as pessoas que testaram positivo e a formulação de áudios contendo cuidados no que se refere ao risco de contágio. Tais iniciativas conseguiram ser postas em prática graças ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a equipe de enfermagem que contactava com os usuários por meio de ligação telefônica.

Tampouco, podemos ignorar, segundo Silva (2020), que a utilização das mídias sociais tem sido muito importante para a educação em saúde nessa pandemia, pois permite alcançar um maior número de pessoas para orientá-las quanto a promoção e a proteção da saúde, além de possibilitar um "encurtamento" da distância entre as pessoas que se encontram em isolamento.

Uma diversidade das demais estratégias já descritas são narradas a seguir, iniciada com a PC 10 (Riley *et al*., 2021) cita a utilização de um meio de comunicação que há muito tempo tem sido empregado, o rádio. Foram

utilizados programas de rádio a partir da dramatização para transmitir o conhecimento à comunidade, considerando o contexto socioeconômico ao qual está inserida; o rádio naquele momento, configurava-se como uma forma de maior acesso à informação para determinada população.

Uma outra estratégia também diversa das demais é mostrada na PC 2 (Caetano *et al*., 2020) sobre os núcleos de telecomunicação inseridos em universidades públicas com o objetivo de disseminar o uso da telecomunicação como instrumento de conteúdo educativo para a sociedade.

Nesse estudo, além da predominância de material educativo disponível pelos *sites*, ficou evidente também a utilização de web conferências, web aulas, cursos, confecção de um jogo e demais recursos *on-line* disponíveis para celulares, computadores e *tablets*, contendo informações sobre medidas preventivas, sinais e sintomas da covid-19 a fim de instruir os melhores métodos de manter os cuidados em saúde.

Em seguida, destacamos o uso da arte como uma estratégia diferenciada para a educação em saúde descritas nas PC 1 (Aikins; Jackson, 2020) e 4 (Kearns; Kearns, 2020). Particularmente, a PC 1 (Aikins; Jackson, 2020) retrata a pluralidade significativa da arte em grafite expostas em locais estratégicos contendo imagens sobre a lavagem das mãos, o uso de máscara facial e a higiene respiratória com a finalidade de sensibilizar a população para adoção das medidas preventivas. Já a PC 4 (Kearns; Kearns, 2020) traz a história em quadrinhos, reportando a diversas situações da realidade que são essenciais para a redução da contaminação o que vem reforçar uma maneira de aplicar as ações de educação em saúde.

Outra estratégia diferente até então das ações virtuais é a da PC 9 (Figueiredo *et al*., 2021), com a abordagem presencial realizada pelos profissionais de saúde disponibilizando instruções referentes às precauções necessárias para a proteção individual, em meio a uma barreira sanitária implantada pelo governo local como forma de realizar a educação em saúde.

A relevância da educação em saúde é abordada concretamente nessas PC. Dessa forma, é possível percebermos que a educação em saúde se faz ainda mais necessária, e o profissional de saúde, independente da sua área de atuação, tem um protagonismo na construção de estratégias dentro e fora dos limites das unidades de atendimento, bem como, na articulação

com setores que possam garantir o bem-estar físico e social do indivíduo e coletividade.

Por isso, compreendemos que as estratégias de educação em saúde se configuraram, nesse cenário, como essencial na tentativa de mitigar a disseminação do vírus, principalmente, com o apoio das mídias sociais que estão sendo a forma crucial de divulgação e aplicação das medidas seguras no controle da covid-19 no cotidiano da população.

FACILIDADES, DIFICULDADES E PERSPECTIVAS DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO DA COVID-19

De acordo com Palácio e Takenami (2020), promover saúde não é possível sem a educação e há uma necessidade de percorrer caminhos metodológicos que tenham por escopo orientar todas as ações que serão realizadas e aplicadas com êxito. Porém, no cenário pandêmico vimos que foram inevitáveis e essenciais às mudanças nas metodologias e na transmissão da educação, principalmente, aplicada à saúde. Entendemos que é uma realidade que também permeiam facilidades, dificuldades e perspectivas relacionados ao desenvolvimento da educação em saúde nesse novo cenário, sendo inclusive relatadas nas PC pesquisadas.

Frente ao cenário pandêmico, as PC 3 (Chu *et al*., 2020), PC7 (Souza *et al*., 2020) e PC8 (Banerjee; Meena, 2021) apresentaram, como facilidades para o desenvolvimento da educação em saúde, o acesso de forma mais fácil às notícias que circulam nas mídias sociais como Instagram® e WhatsApp® que garantem a comunicação, assim como a elucidação de possíveis dúvidas decorrentes dos sinais, sintomas e medidas de prevenção da covid-19. Além disso, os autores reforçam que tais ferramentas se transformaram em uma maneira de diminuir os efeitos negativos como a solidão e a saudade entre os familiares e amigos, pois esses têm sido os principais meios de contato para aqueles que seguem rigorosamente a regra do distanciamento físico.

Apesar de trazer benefícios, a rapidez na propagação de informações também se torna preocupante, pois pode gerar a circulação de notícias falsas, ocasionando a desinformação. Muitas vezes a circulação de um material com notícias falsas é até mais rápida que a notícia verdadeira, causando

na população o sentimento de dúvida pelo fato de ser um assunto fora do seu contexto (Makhoul; Khasholian; Chaiban, 2021). Nesse sentido, para Palácio e Takenami (2020) um dos maiores desafios para a educação em saúde tem sido a disseminação de notícias falsas, que muitas vezes, acabam gerando certo descrédito com relação à pandemia.

Sendo assim, cabe aos meios de comunicação de confiança em parceria com o Ministério da Saúde ou até mesmo com outras instituições encarregadas de realizarem estudos científicos, disseminarem com maior ênfase evidências que mostrem o que é científico para que não prejudique aqueles que, por falta de conhecimento, acreditam em falsas informações.

Todavia, é importante chamar atenção que ao utilizar meios que precisam da internet para ser divulgado, é visível que uma boa parcela da população não terá conhecimento dos mesmos, uma vez que muitas pessoas ainda não têm acesso à internet como explicitado por Palácio e Takenami (2020). O estudo de Neves e demais autores (2020), "Utilização de *lives* como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela COVID-19", destacou que as pessoas mais vulneráveis e que não tinham acesso à internet não participaram das *lives*, levando a exclusão de um público que era prioritário.

Quanto as **facilidades** para a realização da educação em saúde em meio a pandemia as PC 2 (Caetano *et al.*, 2020), PC 4 (Kearns; Kearns, 2020) e PC10 (Riley *et al.*, 2021) trouxeram especificidades sobre o uso da ferramenta ou método, narrados a seguir:

- PC 2 traz uma abordagem sobre o benefício que a telecomunicação apresenta ao promover acesso à informação segura, já que são materiais confeccionados por instituições de ensino superior que têm respaldo diante da comunidade, pois são responsáveis pela formação científica dos que estão inseridos nesses locais;
- PC 4 com abordagem sobre a história em quadrinhos como uma forma de aplicar a educação em saúde, já referida anteriormente, considera que esse método é facilitador do aprendizado, pois ultrapassa as barreiras do idioma, da idade, da cultura e do conhecimento, utilizando imagens que tornam o entendimento mais fácil acerca do assunto;

- PC 10 discute a utilização do rádio transmitindo histórias reais as quais podem despertar no indivíduo o sentimento de representatividade, o que talvez facilite a adesão a novas informações de forma mais fácil;
- PC 6 diferentemente das demais, ressalta a prática da educação em saúde voltada para o ambiente dos serviços de saúde, local em que é diariamente desenvolvida e aplicada. Nesse estudo, a facilidade da aplicação da educação em saúde encontra-se na possibilidade da construção de vínculo e seu fortalecimento entre os profissionais de saúde e a população em busca dos serviços de saúde.

Por fim, é possível concluir que as facilidades para o desenvolvimento da educação em saúde ajudam na prevenção e tratamento da covid-19, pois de forma geral, muitos indivíduos conseguiram ter acesso as ações de educação em saúde realizadas com os diversos meios de comunicação oferecidos, bem como as metodologias empregadas pelos governantes e instituições públicas e privadas, conseguindo dessa maneira, sensibilizar as pessoas a adotarem as medidas de prevenção e tratamento da covid-19, mesmo que as dificuldades econômicas para alguns fossem uma barreira para colocar em prática essas medidas.

Apesar das facilidades, principalmente relacionadas à rápida propagação das informações ao utilizar as mídias sociais, foi notória, a partir da análise das PC, algumas dificuldades voltadas para a efetividade das ações de educação em saúde.

As **dificuldades** foram referidas para o desenvolvimento da educação em saúde em meio a pandemia nas PC 2 (Caetano *et al*., 2020) e PC 5 (Lima *et al*., 2020)., apresentadas a seguir:

- PC 2: cita como dificuldades principais evidenciadas a fragilidade da conectividade e a deficiência da infraestrutura, pois sem elas, o fato de os núcleos de telecomunicação serem implantados nas universidades não garantem que a população tenha acesso à informação e também consiga vínculo com outros pontos do serviço de saúde;
- PC 5: devido ao distanciamento físico gerado pela pandemia de covid-19 e com os decretos elaborados e executados pelos governos estaduais e municipais, as reuniões e os encontros realizados com

o intuito de agregar conhecimento na área da saúde ficaram suspensos, por isso estes passaram a ser realizados de forma virtual. Neste sentido, explicita a necessidade de as práticas de educação em saúde serem mais amplas e mais aperfeiçoadas a fim de provocar a formação crítica dos usuários e também dos trabalhadores de saúde, mesmo durante o período de pandemia.

Em meio às adversidades oportunizadas pela covid-19 algumas PC destacaram **perspectivas** importantes, dentre elas:

- PC 1 (Aikins; Jackson, 2020) que ao discutir a temática da telecomunicação almejou que as tecnologias de comunicação e a informação fossem ainda mais fortalecidas a fim de atenderem não apenas as ocorrências de saúde relacionadas à pandemia, mas que também pudessem solucionar demandas de saúde tanto da população quanto dos profissionais de saúde;
- PC 5 (Lima *et al*., 2020) discute as práticas de educação em saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) que enfatiza a necessidade de fortalecimento das lutas por um ambiente mais democrático; além disso, aborda também o aperfeiçoamento das práticas de educação voltada para a educação popular em saúde, bem como a construção de bases teóricas que possam fundamentar a ação crítica desencadeada pela educação em saúde. Ressalta também a necessidade de articulação das redes de atendimento colaborativas para afirmar o compromisso de defesa da saúde e da vida;
- PC 6 (Silva *et al*., 2020b) complementa as perspectivas da ação de educação em saúde ao afirmar que as intervenções realizadas pela equipe multiprofissional no ambiente da atenção básica são indispensáveis não apenas em períodos como o de pandemia, que estamos vivendo, mas é de suma importância em outros momentos no transcorrer do funcionamento do serviço de saúde, pois atividades como as de educação em saúde podem proporcionar ao indivíduo uma reflexão e ação positivas para saúde, integrando assim, ensino e serviço a fim de melhorar o desenvolvimento profissional e a qualidade dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração os aspectos abordados é visível que as ações de educação em saúde voltadas para a mitigação da covid-19 são indispensáveis para a população e dentre as ações aqui discutidas todas elas se configuraram como uma nova maneira de fazer educação em saúde, principalmente, utilizando as novas tecnologias que foram importantes aliadas dos órgãos de saúde, bem como dos governos nacional e internacional.

As ações em saúde como a telecomunicação desenvolvida por instituições de ensino público, a utilização das mídias sociais divulgando materiais necessários para o cuidado individual, o uso de programas de rádio transmitindo a dramatização para incentivar as pessoas a aderirem os cuidados de higiene, bem como o uso da arte em grafite com ilustrações de cuidados indispensáveis para a saúde, mostram a sua importância à circulação de informações seguras, mediante a inovação e a criatividade que as tecnologias trouxeram para a educação em saúde.

As facilidades abordadas pelos estudos condizem com o atual período de pandemia, que nos direcionou a uma nova forma de desenvolver práticas de educação em saúde uma vez que utilizaram estratégias que permitissem um maior acesso da população as informações a fim de conduzir à população a adesão de um comportamento necessário para garantir sua segurança no cotidiano.

Por outro lado, as dificuldades relatadas ainda são uma realidade de muitos locais, dentre elas a fragilidade sobre a conectividade, consequentemente há uma necessidade de uma educação em saúde fortalecida, que proporcione uma diversidade de experiências exitosas tanto em época de pandemia quanto no seu período pós-pandemia, já que as demandas em saúde permanecerão e, portanto é necessária uma mudança no sistema de saúde, com uma estrutura para transmitir a informação e garantir que a mesma chegue para a população, de modo a serem superados não apenas por esses estudos aqui apresentados mas pela nossa realidade.

Além disso, esse contexto pandêmico evidenciou as fragilidades sociais e econômicas presentes em nosso ambiente que devido ao distanciamento físico tornou ainda mais perceptível as barreiras para a atuação da educação em saúde.

Portanto entendemos que a educação em saúde precisa ser promovida nos serviços de saúde, mesmo diante das dificuldades, proporcionando a divulgação de informações necessárias à população para o cuidado do processo de saúde-doença e, consequentemente, para a promoção do acesso igualitário e universal às ações e aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AIKINS, A. de G.; JACKSON, B. A. Colonial Virus: COVID-19, creative arts and public health communication in Ghana. *Ghana Medical Journal*, Gana, v. 54, n. 4, p. 86-96, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33976446/. Acesso em: 20 nov. 2020.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/KWBfzpcCq77fTcbYjHPRNbM/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 jun. 2021.

ARAÚJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; ARAÚJO, B. O. Dinâmica Organizativa do Acesso dos Usuários aos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade. *Revista de APS*, v. 22, n. 1, p. 63-75, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15844. Acesso em: 22 ago. 2021.

BANERJEE, D.; MEENA, K. COVID-19 as an "Infodemic" in Public Health: Critical Role ofthe Social Media. *Frontiers in Public Health*, [*s. l.*], v. 9, p. 1-8, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33816415/. Acesso em: 23 jun. 2021.

BATISTA, A. F. C.; CALDAS, C. P. Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas deprevenção do câncer ginecológico. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-6, 2017. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21839. Acesso em: 22 ago. 2021.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista eletrônica Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-organizacionais. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Covid?. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CAETANO, R. *et al*. Educação e Informação em Saúde: Iniciativas dos Núcleos de Telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, Divinópolis, v. 10, p. 1-13, 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147476. Acesso em: 25 jun. 2021.

CHU, W-M. *et al*. Use of Facebook byAcademic Medical Centers in Taiwan Duringthe COVID-19 Pandemic: ObservationalStudy. *J Med Internet Res*. Toronto, v. 22, n. 11, p. 1-11, 2020. Disponível em: https://www.jmir.org/2020/11/e21501/PDF. Acesso em: 23 jun. 2021.

FALKENBERG, M. B. *et al*. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/. Acesso em: 22 ago. 2021.

FIGUEIREDO, E. A. B. *et al*. Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID19: relato de experiência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Diamantina, v. 34, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/11164. Acesso em: 21 jun. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde*: documento base. Brasília, DF: Funasa, 2007.

INFORMAÇÃO. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. [*S. l.*]: 7Graus, c2023. Disponível em: https://www.dicio.com.br/informacao/. Acesso em: 6 out. 2023.

JESUS, W. L. de A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/NCd8MxwvT6MrXDdHtMCrpks/abstract/?lang=pt . Acesso em: 4 ago. 2021.

KEARNS, C.; KEARNS, N. The role of comics in publichealth communication duringthe COVID-19 pandemic. *Journal of Visual Communication in Medicine*, Londres, v. 43, n. 3, p. 139-149, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32643470/. Acesso em: 27 jun. 2021.

LIMA, L. de O. *et al*. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2737-2742, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZngBvSLW4q5MNkXVdjpzxpj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 jun. 2021.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/. Acesso em: 17 mar. 2021.

MAKHOUL, J.; KHASHOLIAN, T. K.; CHAIBAN, L. Analyzingthe social contextofhealthinformationandmisinformationduringthe COVID-19 pandemic: a case ofemerginginequities in Lebanon. *IUHPE* – Global Health Promotion, v. 28, n. 1, p. 33-41, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33472532/. Acesso em: 29 set. 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

MORENO, A. B.; COELI, C. M.; MUNCK, S. Informação em Saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infsau.html. Acesso em: 6 out. 2023.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada. Acesso em: 9 mar. 2021.

NASCIMENTO, M. A. A. do *et al*. *Acesso à saúde como direito em sistemas universais*. Feira de Santana: UEFS, 2016. Projeto de pesquisa.

NEVES, V. N. S. *et al*. Utilização de *lives* como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela COVID-19. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 42, p. 1-17, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/es/a/yVCyYWbQPrZNYdB9sYtWwHt/. Acesso em: 13 nov. 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al*. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia* e *Serviços* de *Saúde*: revista do SUS, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/KYNSHRcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt. Acesso em: 11 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Dados da Organização Mundial da Saúde*. [*S. l.*]: OMS, 2020.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 mar. 2022.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência e Tecnologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020. Disponível em: https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1530. Acesso em: 12 fev. 2022.

PIMENTEL, V. R. de M.; SOUSA, M. F. de; MENDONÇA, A. V. M. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-21, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/XPyCtNyZgM5gW8wvTS5rbpj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 7 fev. 2023.

RILEY, A. H. *et al*. Entertainment-EducationCampaignsand COVID-19: HowThree Global Organizations Adapted the Health Communication Strategy for Pandemic Response and Takeaways for the Future. *Health Comunication*, Londres, v. 36. n. 1, p. 42-49, 2021. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2020.1847451. Acesso em: 25 jun. 2021.

SILVA, M. M. S. Interseção de saberes em mídias sociais para educação emSaúde na pandemia de COVID-19. *SANARE* – Revista de Políticas Públicas, v. 19, n. 2, p. 84-91, 2020. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1479. Acesso em: 12 fev. 2021.

SILVA, R. dos S. *et al*. Práticas interdisciplinares no enfrentamento da Covid-19 na Estratégia Saúde da Família. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 246-253, 2020. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4220/1014. Acesso em: 21 jun. 2021.

SOUZA, J. S. de *et al*. Ações de educação em saúde para prevenção da Covid-19 por meio da utilização de mídias sociais. *Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-1141373?src=similardocs. Acesso em: 21 jun. 2021.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/229. Acesso em: 6 out. 2023.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication andequitableaccesstohealthcare: a conceptual note. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/WfKMpKTHBcy7TyxYKc6bMJj/?lang=en. Acesso em: 12 dez. 2021.

VÁSQUEZ, M. M. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. *La Iniciativa de Comunicación*: Comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe, [Bogotá], 1 feb. 2002. Disponível em: https://www.comminit.com/la/content/comunicaci%C3%B3n-en-salud-conceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias. Acesso em: 6 out. 2023.

SOBRE OS AUTORES

BIANCA DE OLIVEIRA ARAÚJO

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Doutora em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS. Professora assistente do Departamento de Saúde (DSAU) da UEFS. Docente da Graduação em Enfermagem. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: boaraujo@uefs.br

LIVIA DE SOUZA E SOUZA

Enfermeira pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Bolsista do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS) (2019-2022). *E-mail*: liviasouza.9@hotmail.com

CAPÍTULO 6

DIREITO DE ACESSO À SAÚDE E AOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL DAS CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS

Mariana de Oliveira Araujo
Maria Angela Alves do Nascimento

INTRODUÇÃO

No final da década de 1940, segundo Rego e Palácios (2016), o vírus Zika, foi isolado, pela primeira vez, em 1947, em macacos *Rhesus* na floresta de Zika na Uganda, sendo identificado em 1948 nos mosquitos *Aedes aegypti* e em 1952 em humanos. Porém, o primeiro surto de infecção pelo vírus Zika foi descrito em uma ilha da Micronésia em 2007 e, em 2013, houve um segundo surto na Polinésia Francesa.

Inicialmente a infecção pelo vírus Zika foi considerada uma doença exantemática leve, caracterizada por ausência de febre ou febre baixa (<38,5°C), com duração de 24-48h, acompanhada de prurido e/ou artralgia, edema articular e/ou hiperemia conjuntival (Bahia, 2017).

Nas Américas, estudos realizados por Faria e demais autores (2016, 2017) fazem referência que a introdução do vírus Zika ocorreu entre maio e dezembro de 2013, mais de 12 meses antes da detecção no Brasil, quando a partir da realização das análises de genomas virais foi detectado o vírus

no Nordeste brasileiro em fevereiro de 2014. Em 2015, o Brasil vivenciou a epidemia do vírus Zika.

Em outubro de 2015 foi identificado um aumento no número de casos de microcefalia no Nordeste brasileiro (Brasil, 2016c) sendo a epidemia considerada uma emergência nacional de saúde pública pelo Ministério da Saúde (MS) e como emergência de saúde pública de importância internacional pela World Health Organization (2016).

Com o aumento dos casos de anomalias congênitas e outras síndromes neurológicas e autoimunes em áreas em que o Zika estava circulando e sua possível relação com o vírus, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS)[1]e a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiram um alerta epidemiológico sobre a situação da saúde pública nas Américas, uma vez que foi associada que a infecção pelo vírus Zika na gravidez poderia causar a Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ).

A SCZ se constitui em um conjunto de complicações neurológicas que podem ser evidenciadas logo após o nascimento ou posteriormente, a qual é atribuível à infecção pelo vírus Zika durante a gestação. Desse modo, observa-se além da microcefalia congênita, uma série de manifestações, como desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares, e anomalias cerebrais detectadas por neuroimagem. Com o decorrer da epidemia do Zika, observou-se outras alterações não necessariamente associadas à microcefalia, bem como que algumas delas somente eram evidentes de forma tardia após o nascimento (Brasil, 2017c).

Diante da redução dos casos de notificação de infecção pelo vírus Zika, bem como de SCZ, o governo brasileiro decretou o fim do Estado de Emergência Nacional em 11 de maio de 2017 (Brasil, 2017a). Tal acontecimento não significou o fim das ações a serem destinadas no combate ao mosquito ou na atenção direcionada às crianças com SCZ, visto que foi promulgada a Nota Informativa Conjunta nº 05 (Brasil, 2017b), que dá ênfase na continuidade das ações realizadas durante o período de emergência.

1 Nas referências ver: Pan American Health Organization (2015).

Contudo, para Rasanathan e demais autores (2017) as crianças afetadas pelo vírus Zika necessitam de serviços de saúde e sociais, que podem ultrapassar os serviços comumente disponibilizados no sistema público, para o atendimento das necessidades das famílias. Concretamente uma situação que é vivenciada por responsáveis das crianças com SCZ, profissionais de saúde e gestores, tornando necessária a utilização de estratégias, a partir do uso de instrumentos, conhecimentos, habilidades e da comunicação, de modo a tornar a atenção à saúde e a proteção social possível, enquanto aspectos que coadunam para a promoção do direito à saúde destas crianças .Conforme apresentado no Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção I da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), artigo 194, "a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social".

Destacamos que o direito à saúde e à assistência social são direitos que devem ser assegurados a todos os cidadãos e, diante dessa realidade, este capítulo traz a análise das estratégias de atenção à saúde e de proteção social desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para garantia do acesso ao direito à saúde das crianças com SCZ, citando as dificuldades e/ou facilidades de acesso enfrentadas por essa população, tendo em vista a promoção da integralidade e equidade da assistência cidadã, bem como a resolubilidade e qualificação dos serviços ofertados.

Assim, por meio da abordagem qualitativa crítico-analítico a fim de obter uma maior apreensão da realidade, das ações, comportamentos e subjetividades realizamos um estudo de campo no município de Feira de Santana – BA.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Microcefalia/Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Zika vírus e outras Etiologias Infecciosas, de 25 de maio de 2018 (Bahia, 2018), até essa data o município de Feira de Santana contabilizou 24 casos de microcefalia e outras alterações congênitas associadas ao vírus Zika, tendo 20 deles sido confirmados por imagem ou quadro clínico epidemiológico, dois pela detecção do vírus Zika e dois pela identificação de um dos STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola,

Citomegalovírus ou Herpes). Mas, ainda existiam 18 casos em investigação e quatro classificados como inconclusivos.

Mas, o campo de estudo propriamente dito foram os locais onde as crianças com SCZ são atendidas com referência ao acompanhamento do processo de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes espaços: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), especificamente a Vigilância Epidemiológica (VIEP), Central Municipal de Regulação (CMR) e Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Centro Municipal de Referência de Endemias; Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS); Associação de Pais e Mães dos Excepcionais (APAE) de Feira de Santana.

Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. As entrevistas seguiram um roteiro elaborado com temas norteadores pelas pesquisadoras sobre o acesso ao direito à saúde de crianças com SCZ, sendo realizadas individualmente, entre os meses de março e julho de 2019, em uma sala reservada no local de trabalho/atendimento dos participantes e apenas uma delas foi realizada no domicílio da responsável, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo gravadas com o uso de gravador digital portátil com autorização dos participantes, transcritas posteriormente por uma das pesquisadoras.

Foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo a pesquisa iniciada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, conforme parecer nº 3.153.876/ 2019 (CAAE 03644818.7.0000.0053).

A observação sistemática foi realizada a partir de um roteiro elaborado com tópicos sobre a organização dos serviços de atendimento às crianças com SCZ, no que diz respeito ao seu acolhimento, relação profissional/usuário, facilidades e dificuldades vivenciadas pelas crianças SCZ para obtenção do direito à saúde. As anotações eram feitas ao final do turno de sua realização, no domicílio da pesquisadora, para evitar constrangimento ou mudança de atitudes pelos participantes.

Os participantes do estudo foram constituídos de quatro grupos: Grupo I (sete mães/pais ou responsáveis); Grupo II (11 profissionais de saúde); Grupo III (nove gestores dos serviços do SUS); e Grupo IV (uma

pesquisadora local sobre o vírus Zika), totalizando 29 participantes. O quantitativo de participantes foi delimitado pelo critério de saturação do objeto pesquisado, ou seja, quando as concepções, as explicações e os sentidos atribuídos começaram a ter uma regularidade de apresentação das falas (Minayo, 2010).

Escolhemos como método de análise dos dados a Análise de Conteúdo Temática, considerando-se as falas convergentes (ou semelhantes) e diferentes, sem perder de vista as divergências e complementariedades. Para trabalhar os dados seguimos os momentos propostos por Minayo (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados. A partir dos dados coletados elaboramos duas unidades temáticas: estratégias de atenção à saúde na garantia do direito à saúde e estratégias de proteção social na garantia do direito à saúde.

Os participantes são nominados no texto por um número a partir da ordem de realização de cada entrevista com a respectiva inicial da letra do grupo ao qual pertence, como no exemplo: Grupo I, Ent. 1R (responsável); Grupo II, Ent. 9PS (profissional de saúde/social); Grupo III, Ent. 2G (gestor); Grupo IV (pesquisadora), Ent. 24 Pe e assim sucessivamente.

ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

No sentido de atender às necessidades apresentadas pelas crianças com SCZ, bem como auxiliarem no diagnóstico, tratamento e na garantia do direito à saúde às crianças com microcefalia e/ou outros distúrbios neurológicos com associação à Zika, o Ministério da Saúde (Brasil, 2016a, 2016b, 2016d, 2017b, 2017c) publicou algumas leis, portarias e protocolos, apresentadas a seguir:

- A Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016 que institui, no âmbito do SUS e do SUAS, a estratégia de ação rápida para o fortalecimento da atenção à saúde e da proteção social de crianças com microcefalia;
- A Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016 a qual dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de

iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus Chikungunya e do vírus da Zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977;

- Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia (Brasil, 2016b);
- Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infeciosas dentro da capacidade operacional do SUS (Brasil, 2017c);
- Nota Informativa Conjunta nº 05, de 2017, que institui as diretrizes para organização das ações de atenção e vigilância após o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública.

Tais leis, diretrizes e orientações, bem como as campanhas realizadas, ao buscarem promover a diminuição dos mosquitos transmissores, fica aparentemente evidente uma preocupação do Estado brasileiro e da OMS, mas quais as estratégias de atenção à saúde na garantia do direito à saúde às crianças com SCZ foram desenvolvidas?

As estratégias de atenção à saúde em busca da garantia do direito à saúde das crianças SCZ estão relacionadas com monitoramento e cobrança do gestor na realização dos atendimentos/acompanhamentos; compra dos materiais necessários para terapia pela genitora da criança ou pelo próprio profissional; comunicação acolhedora com as famílias realizada pelos profissionais de saúde; desenvolvimento do trabalho em equipe; realização de capacitações e treinamentos; parceria entre o serviço, os profissionais de saúde e a família; ampliação do tempo de atendimento; agendamento em horários diferentes; realização de fisioterapias com públicos com idades variadas.

As estratégias realizadas pelos profissionais de saúde, no atendimento às crianças com SCZ, têm buscado promover a sua qualidade, a partir do monitoramento e da cobrança do gestor.

> *Eu monitoro, eu fico supervisionando e a gente cobra porque a gente quer um serviço de qualidade, mesmo que seja público. Hoje a APAE ela é privada, particular, presta esse serviço para o SUS [...]. A gente quer manter esse atendimento. Então a gente atende por hora marcada, [...] a gente instituiu essas [...] normas, para conseguir prestar o atendimento ainda que mínimo de qualidade* (Ent. 2G).

A organização das ações relacionadas à epidemia do vírus Zika dá ênfase principalmente à vigilância e atenção à saúde, a partir da disponibilização de serviços de saúde, instituições de assistência e pesquisa, envolvendo diversos profissionais (Quadros; Matos; Silva, 2020).

No que diz respeito às ações de atenção à saúde, o agendamento do horário e de "normas", que buscam pelo atendimento de qualidade, se constituem em estratégias importantes para a garantia do direito à saúde das crianças com SCZ. Contudo, a fala da Ent. 2G reporta a uma "compreensão" equivocada do serviço público, bem como dos aspectos que diferem a supervisão e o monitoramento.

Outra situação referida é a compra dos materiais necessários para terapia pela genitora da criança ou pelo próprio profissional, mencionada na fala a seguir:

> *Eu tenho a capacitação e tenho pouco material. [...] todo kinésio que eu aplico no usuário do posto de saúde é a mãe quem compra. Na questão da acupuntura e do 'agulhamento' seco sou eu que trago as agulhas [mostrou agulhas que estavam no bolso], com o kit no bolso [risos], sou eu que compro. [...] tem material de fisioterapia que eu ando com ele na minha mochila. [...] se eu quero um trabalho melhor, [...] para eu realizar para mim mesmo um trabalho melhor, eu tenho que botar o meu material em jogo* (Ent. 17PS).

Complementando a fala da Ent. 17PS, a Ent. 28PS cita alguns materiais que são disponibilizados na unidade para a realização de terapias com as crianças com SCZ e outros que são criados ou trazidos pelos profissionais:

> *Nós abrimos uma sala lá na unidade [...]. Tem algumas coisas, a gente usa, a que não tem a gente leva de casa e por aí vai, mas é bem bacana [...]. Olha, o que tem lá são [...] são as bolas suíças, que o município já disponibilizou, tem halteres, tem caneleiras, tem tintas, tem pincéis, tem papel, tem lápis de cor, que a gente dá para trabalhar algumas coisas com ela. [...] E os que a gente leva de casa são essas lanterninhas, copos coloridos, nós temos o rolinho para trabalhar propriocepção, força; nós temos um tatame que a gente montou com emborrachado, com cores e ilustradas, para trabalhar a questão da visão também junto com a lanterna, a mamãe-sacode com cores incandescentes. [...] a gente vai criando tanta coisa com bola, com luva, a gente e por aí vai* (Ent. 28PS).

A experiência das famílias das crianças com SCZ assemelha-se a das famílias com crianças que possuem alguma outra deficiência, o que requer maior aptidão dos serviços públicos a respeito ao seu acompanhamento (Menezes *et al.*, 2019). Para tanto, acreditamos ser fundamental a disponibilização dos materiais necessários para que os atendimentos aconteçam da maneira adequada e de acordo com a especificidade de cada criança.

Em outra oportunidade observamos a criatividade dos profissionais de saúde da APAE no uso de equipamentos adaptados ou "criados" pelos mesmos, possibilitando contraste de cores e brilho, lanternas, com emissão de sons, brinquedos e brincadeiras para o estímulo neuropsicomotor das crianças com SCZ, mecanismos auxiliares ao seu desenvolvimento.

Mas, mesmo observando que essa criatividade profissional tem colaborado para criação de equipamentos relevantes para a estimulação precoce, reiteramos a importância da aquisição de materiais específicos que poderão colaborar para o desenvolvimento das crianças com SCZ.

Como exemplo citamos as bandagens e outros materiais como o kinésio e as agulhas, que foram citados pela Ent. 17PS. No desenvolvimento da prática, percebemos que as bandagens utilizadas na APAE eram trazidas

pelos responsáveis ou pelos profissionais, pois não eram disponibilizadas pela instituição.

Mas, não são só os recursos materiais que se constituem em estratégias usadas pelos profissionais para a garantia do direito à saúde das crianças com SCZ, o próprio atendimento disponibilizado traz satisfação às mães das crianças:

> *Eu tenho gostado sim, principalmente o atendimento aqui na APAE. [...] eu fiquei em dúvida um dia desses que eu até chamei as profissionais para conversar, [...] ele chegou aqui ele babava bastante e tal, com esse atendimento [...] ele parou de babar e tal, teve um tempo para cá ele começou a babar de novo e tinha um atendimento junto com a fono [fonoaudióloga] e a TO [terapeuta ocupacional] que no meu haver [...] não estava sendo o ideal, mas de acordo com elas era o ideal para aquele momento, [...] mas [...] eu conversei e tal [...], agora mudou, até vai fazer um trabalho para ver se ele para de babar novamente [...]. Mas eu tenho gostado sim, num contexto geral* (Ent. 11R).

O fato de os profissionais ouvirem e conversarem com a família da criança com SCZ tem se constituído em uma estratégia positiva que promove o acolhimento e as orientações necessárias para o desenvolvimento da criança e efetivação dos seus direitos, o que pôde ser observado durante a nossa coleta de dados.

A relação estabelecida pelo profissional de saúde com o usuário/família e sua atitude de acordo com Hamad e Souza (2020) poderão influenciar na (in)satisfação sobre as informações recebidas a partir dessa interação e trabalho em equipe, contribuindo nesse processo.

> *[...] a gente acolhe, porque ela tem que vir aqui para gente poder fazer os atendimentos e a gente dá as orientações [...]. Então a gente discute sobre essa criança, a gente discute sobre o desenvolvimento [...]. [...] se tem outro serviço que pode estar ajudando nesse atendimento a gente entra em contato também. Então assim, a fono tem o seu olhar, a TO tem o seu olhar, o serviço social tem o seu olhar, a gente junta e faz com que essa criança mesmo obtenha o desenvolvimento desejado [...]* (Ent. 15PS).

Outrossim, há divergência sobre esse contexto no estudo de Sá e demais autores (2017, p. 1) "os participantes relataram a necessidade de maior atenção, compreensão e apoio psicossocial por parte da instituição e dos profissionais envolvidos", salientando a urgência no desenvolvimento e efetivação de estratégias e ações em saúde que promovam a escuta ativa e humanizada das famílias.

Entretanto, neste estudo ficou perceptível que as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde poderão favorecer a humanização e a consequente escuta e acolhimento das crianças e suas famílias, para a melhoria e satisfação com a assistência ofertada, reforçada na fala da gestora, a seguir:

> *[...] é meia hora o atendimento [...]. Então a gente pega a família, a gente bota a família junto, atende a criança, e digo 'mãe é só meia hora aqui, eu preciso da sua participação em casa' e meio que passa aquele 'dever de casa', então 'na próxima semana você vai trazer isso aqui', [...] para gente conseguir avançar e aí quando não consegue às vezes a assistente social pega a mãe 'vem cá, o que aconteceu mãe? [...] O que houve?'* (Ent. 2G).

Nessa fala vemos que a Ent. 2G enfatiza o comprometimento e a dedicação da equipe, bem como o envolvimento da família na reabilitação enquanto ações que podem contribuir para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ.

Estudo de Oliveira e demais autores (2018) no município de Feira de Santana, apresenta uma convergência sobre profissionais que prezavam pela humanização a partir de práticas que buscavam sanar as dúvidas, dar esperança e confortar as mães, de modo a promover a integralidade e resolubilidade no atendimento oferecido.

No nosso estudo observamos também o trabalho em equipe multiprofissional visivelmente com comprometimento e compartilhamento de saberes entre os profissionais, principalmente na APAE o que é ratificado a partir dos encaminhamentos para profissionais da equipe quando necessário, como enfermeira, neurologista, entre demais autores, bem como as discussões que são realizadas pelos membros da equipe durante as terapias.

Em um dos acompanhamentos na APAE, uma mãe informou que seu filho apresentou episódio de "engasgo" e não soube como proceder.

Em virtude desse problema, a fisioterapeuta contactou com a enfermeira, que agendou posteriormente uma roda de conversa com as mães, da qual tivemos a oportunidade de participar. Foi um momento de interação das mães, em que elas puderam compartilhar experiências e tirar dúvidas. Porém, para que essa roda acontecesse foi necessária a mobilização da equipe e de estudantes que faziam prática na APAE, com um atendimento coletivo das crianças, de modo a permitir a participação das mães na atividade educativa.

Do mesmo modo, as experiências das participantes do estudo realizado por Sá e demais autores (2017) reiteraram a necessidade em aprender técnicas de primeiros socorros, principalmente a respeito dos cuidados preventivos e de como reverter engasgos, os quais são ocasionados pela disfagia.

Mediante tal perspectiva, compreendemos que o trabalho em equipe poderá facilitar a integração entre seus membros, bem como contribuir com a qualificação da assistência e dos serviços ofertados, dando satisfação aos usuários, bem como o empoderamento das famílias e a efetivação do direito à saúde.

O compromisso na realização das fisioterapias, ampliando um pouco mais o tempo de atendimento, aparentemente, deixa claro o compromisso e/ou responsabilidade dos profissionais no trabalho realizado, como sugere a Ent. 12R a seguir:

> *[...] Como eu digo aqui mesmo na APAE, o tempo de fisioterapia [...] é muito pouco o tempo e os dias, porque antes era duas vezes na semana e era 40 minutos, uma hora, mas como a demanda ficou muita, diminuíram o tempo e os dias. Então ela faz das 9h30min às 9h50min; às vezes eles deixam passar uns minutinhos vai até dez horas, uma vez só na semana é muito pouco, [...] dá para dizer que não muda quase que nada [...]* (Ent. 12R).

Quanto a ampliação de atendimento do cuidado por alguns fisioterapeutas, tivemos a oportunidade de observar em situações específicas, como a aplicação de Ziclague, fitoterápico destinado ao tratamento coadjuvante nos estados de espasticidade muscular, que demandou um tempo maior que aquele que é destinado à fisioterapia, que costuma ser em torno de 30 minutos.

Frente ao aumento da demanda e buscando promover o atendimento necessário na realização de terapias – fisioterapia, terapia ocupacional e outras –foi então organizado com o público de idades diferentes, em serviços conveniados a rede SUS, mas não foi "aceita" muito bem pelos usuários.

> *A Secretaria de Saúde forneceu um lugar para mim, mas era assim criança misturado com adulto, eram estagiários e cada dia era um diferente. [...] eu acredito que como é um caso neurológico você precisa ter um ritmo. Cada um tinha [...] uma pegada diferente com a criança. Então eu tive que desistir* (Ent. 1R).

> *[...] nos atendimentos tipo de fisioterapia essas coisas que, é fornecido por aqui eu não gosto, porque tipo, a fisioterapia é junto com adulto, é muito agoniado. [...] quando ele fazia no Dom Pedro mesmo era com [...] um monte de idoso, a gente saía de lá até irritada, porque era comentários que eu não gostava, tipo muita pergunta [...]. Aí pedi, mudou para o Instituto do Corpo, chega lá é com adulto também [...]* (Ent. 7R).

Para Junqueira e demais autores (2020), diante de uma rede fragmentada, que muitas vezes não consegue atender às necessidades de cuidados apresentadas pela criança com SCZ, as famílias precisam percorrer diversos serviços de reabilitação. Consequentemente, segundo Pedrosa e demais autores (2020), a utilização simultânea dos centros terapêuticos poderá produzir sobrecarga de tempo para as mães das crianças com SCZ, bem como aumento da procura pelos serviços por outros usuários que também necessitam e ocasionar indisponibilidade na oferta.

Porém as terapias – fisioterapia, terapia ocupacional e outras – realizadas na APAE são destinadas especificamente a crianças, diferente do especificado pelos Ent. 1R e 7R em suas falas, a partir da vivência em outros serviços da rede conveniada com o SUS. Nesse sentido, vemos a importância da realização de terapias em espaços destinados para grupos específicos, até porque há oportunidade de troca de informações e experiências entre os responsáveis e profissionais, bem como também é uma forma de evitar possíveis constrangimentos com outros grupos assistidos.

A SCZ, apesar de ser um agravo novo, fez com que os profissionais buscassem realizar capacitações e treinamentos, enquanto estratégia para promover qualidade nos serviços ofertados:

> *[...] como foi um assunto novo, [...] do vírus Zika, então assim, os profissionais de saúde tiveram esse compromisso de se capacitarem para receber esses pacientes; então assim, a nível de todas as categorias, enfermagem, medicina, serviço social, psicologia. [...], foi nessa questão mesmo de atuar na, com a rede [...]* (Ent. 18G).

Por ter se constituído em uma condição relativamente nova durante o período emergencial e ainda na atualidade, segundo Sá e demais autores (2017), as informações sobre o vírus Zika e seus efeitos foram e, em determinada medida, ainda são, gradualmente reconhecidas e descobertas, à medida que as pesquisas avançam.

De acordo com o Ent. 28PS, outra estratégia realizada pelos profissionais tem sido o agendamento em horários diferentes para atender às necessidades e as particularidades da criança com SCZ e de sua família, bem como os atendimentos realizados na unidade ou no domicílio:

> *[...] A gente tentou na unidade, por duas vezes ela foi [...]. Só que a gente viu por conta da queixa dela a dificuldade de ir para a unidade, a menina acordar cedo que geralmente era de manhã, a gente mudou para tarde, ela começou a não ir [...]. Na casa dela, uma vez a gente montou, ela tem um tatame, ela tem os brinquedos da menina, então são brinquedos que ela já conhece [...]* (Ent. 28PS).

Presenciamos a antecipação do dia destinado às terapias – fisioterapia, terapia ocupacional e outras – com uma criança na APAE, pois ela havia comparecido ao serviço para fazer fotografias para uma campanha em um dia em que não era específico para o seu atendimento e para evitar novo deslocamento, a equipe se disponibilizou a atendê-la. Contudo, observamos uma situação em que uma mãe chegou atrasada e não foi atendida, pois segundo os profissionais esse episódio já havia acontecido outras vezes.

Tivemos oportunidade de observar na APAE que o atendimento acontecia de acordo com horário previamente agendado, em turnos específicos, nas segundas pela manhã e terça à tarde. Mas, um certo dia observamos que o atendimento não aconteceu de acordo com o agendamento, porque uma genitora chegou antes do horário e outra se atrasou, então houve uma inversão no horário. Vemos que a marcação em horários específicos influencia para que os responsáveis das crianças com SCZ gerenciem melhor o seu tempo, considerado um aspecto positivo citado pelos responsáveis das crianças.

Todavia, a maleabilidade em determinadas situações nos horários agendados poderá colaborar para o acolhimento e responsabilização para com as crianças e suas famílias, bem como coadunam para a promoção do seu direito à saúde, contribuindo para a diminuição da "burocracia" necessária para os atendimentos: *"[...] porque antes era uma 'democracia' [burocracia] para atender, para você chegar num lugar e agora não [...], o povo acho que já acostumou [...]"* (Ent. 8R). Entretanto, entendemos a importância de que algumas rotinas sejam seguidas em prol da organização do serviço.

Apesar da diminuição da "burocracia" nos atendimentos a partir da facilitação e priorização do acesso às crianças com SCZ ser positivo, reiteramos a necessidade da criação de meios que busquem ampliar os serviços disponibilizados de modo a promover a integralidade e resolubilidade da assistência a todos os cidadãos que precisarem.

Outra estratégia considerada importante para o desenvolvimento das crianças com SCZ está relacionada à parceria entre o serviço, os profissionais de saúde e a família nas terapias nos serviços e nos domicílios, reforçada na fala de uma gestora a seguir:

> *[...] tem aquelas crianças que conseguem fazer o acompanhamento, [...] a atividade semanal ali com o fisioterapeuta, tem o acompanhamento mensal com os outros profissionais da equipe, médico, enfermeiro, nutricionista, serviço social, o educador físico para questão de fortalecimento e tal. [...] nos outros dias tem famílias que fazem tudo que é recomendado de forma regular; a gente consegue ver os avanços da criança; tem família que por motivos diversos a criança só tem aquela estimulação no dia que, que tem alguma atividade com o NASF ou nos outros locais, onde é feita essa questão da reabilitação, é APAE [...]* (Ent. 20G).

Segundo Franco (2016), os programas que promovem a participação ativa e envolvimento dos pais nas intervenções, os resultados são mais evidentes diante das parcerias realizadas nas atividades de estimulação precoce e atendimentos com as famílias para além dos limites restritos aos espaços dos serviços de saúde.

Mas, para isso, Sá e demais autores (2017) ressaltam que os profissionais de saúde precisam entender as especificidades de cada família e do seu domicílio de modo a promover uma assistência que reconheça as capacidades parentais e atenda às suas necessidades, dando-lhes suporte para que possam dar continuidade ao cuidado das crianças.

O desconhecimento a respeito do desenvolvimento das crianças com SCZ e ao seu futuro, poderá gerar sentimentos de incertezas e preocupação nas famílias (Menezes *et al.*, 2019), o que requer maior eficiência nos serviços públicos, bem como um investimento maior em pesquisas que podem contribuir para produção de conhecimentos e o compartilhamento dos mesmos entre os profissionais que atendem as crianças.

Mesmo diante dessa situação, o apoio da equipe na garantia de orientação e na promoção dos direitos das crianças com SCZ tem sido também uma estratégia dos profissionais, com vistas a efetivação do direito à saúde.

> *[...] e a gente percebe que [...] por essa falta de condição acabam que as famílias chegam meio perdidas no serviço, o serviço social, a psicologia é quem está junto para poder organizar, para poder pedir Minha Casa Minha Vida, que é uma moradia, de um benefício social, de uma ligação com a Secretaria de Educação para ver uma escola para essa criança. Então assim, por ser menos favorecidos acaba que a equipe entra para poder estar viabilizando* (Ent. 2G).

> *[...] eu faço as visitas domiciliares às famílias e contribuo nesse processo de articulação em rede, em assegurar direitos socioassistenciais, [...] orientando essas famílias, mas no tocante também ao vínculo familiar, ao papel da mãe, ao papel do pai, porque muitos genitores abandonaram essas mães [...]. Algumas famílias também apresentaram a questão de saúde mental, alguns problemas psicológicos, eu também trabalho na área de saúde mental, [...] já facilitou esse processo de encaminhamento para o CAPS [...]* (Ent. 18G).

Cuidar das crianças com SCZ, segundo Hamad e Souza (2019), envolve aspectos emocionais, sociais, espirituais e econômicos, que podem gerar sofrimento e transformações na dinâmica familiar, o que mostra a necessidade de uma rede de apoio que se estenda não só para crianças como para seus familiares.

Com o objetivo de investigar as repercussões psíquicas em mães de crianças com complicações decorrentes da SCZ o estudo de Bulhões e demais autores (2020) identificou algumas mulheres com resultado positivo para o sofrimento mental, reiterando a necessidade de oferta de apoio psicossocial básico. Vemos assim, mediante tal realidade, a necessidade de atendimento voltado para a saúde mental dos familiares das crianças com SCZ, bem como o desenvolvimento de estratégias de proteção social para a garantia do direito à saúde.

ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

As estratégias dos serviços de assistência social para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ estão relacionadas ao atendimento realizado nos serviços, orientações e encaminhamento para obtenção do benefício, realização de visitas domiciliares, orientação sobre a marcação de consultas e atendimentos.

De acordo com a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a assistência social é um direito de cidadania e um dever do Estado, constituindo-se em uma Política de Seguridade Social não contributiva, que busca prover os mínimos sociais, através de um conjunto integrado de ações da iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Com referência a esta Lei, a assistência social se organiza pela proteção social básica e especial. A proteção social básica se constitui em um conjunto de serviços, programas e projetos que busca prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, a partir do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Já a proteção social especial, tem por objetivo colaborar para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, defender direitos e fortalecer as potencialidades e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento de situações de violação de direitos.

Para efetivação da assistência social básica e especial é importante o estabelecimento de parcerias com outros serviços/instituições, de modo a contribuir para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ.

Neste estudo, os atendimentos disponibilizados pela assistente social do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do município de Feira de Santana têm se constituído em ações que colaboram para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ:

> *[nome da criança] tem um atendimento com a assistente social do CRAS que é uma pessoa que assim o que eu preciso ela tenta conseguir [...]. Então assim, mas assim a gente já precisou de assistente social e foi muito bem servida, muito bem atendida por ela* (Ent. 1R).

> *Eu recebo com frequência [visita domiciliar]. Inclusive do CRAS que me acompanha lá do bairro e da Secretaria de Saúde. [...] Só mesmo visita. No caso a assistente da Secretaria que me acompanha é [nome]. [...] No CRAS, [nome], [...] me ajudou bastante, e até mesmo para eu conseguir o BPC [Benefício de Prestação Continuada] dele foi ela que me encaminhou. [...] foi rápido, foi uma questão de dez dias da entrada* (Ent. 14R).

As ações realizadas pelos profissionais do CRAS (Brasil, 1993) têm como finalidade promover a articulação dos serviços socioassistenciais disponíveis em seu território tendo em vista a proteção social básica da família.

Desse modo, as visitas realizadas pelas assistentes sociais do CRAS traduzem ações com resolubilidade, como referido nas falas das Ent. 1R e 14R, tornando-se estratégias que poderão facilitar efetivamente a proteção social básica das famílias das crianças com SCZ, conforme preconiza a legislação.

Apesar de não termos tido a oportunidade de acompanhar a realização de visitas domiciliares, elas têm se constituído, também, em estratégias realizadas pelas assistentes sociais para o conhecimento das condições sociais/familiares das crianças com SCZ, com vistas a dar o suporte necessário, conforme as falas das suas responsáveis: *"[...] quando eu comecei a morar lá, aí o carro da Secretaria sempre vai uma vez no mês, vai lá, sempre para fazer visita, vai a assistente social, vai a fisio, vai uma médica [...] e uma nutricionista"* (Ent. 8R); *"[...] de vez em quando vai uma [no domicílio], perguntar se eu estou precisando de alguma coisa, se eu tenho necessidade de alguma*

coisa, tal, e que qualquer coisa podia procurar ela, se precisar de alguma coisa" (Ent. 13R).

Contudo, a fala da Ent. 7R diverge das entrevistadas anteriores, sobre a atenção da assistente social no seu domicílio ao afirmar que *"não foi legal"*, *"fez uma visita e desapareceu"*, porém ressaltou que a assistente social da secretaria "*foi legal*": *"[...] de assistência social da Secretaria foi legal, lá do bairro não foi legal, tipo me visitou um dia só, olhou as coisas, [...] eu estava ainda muito perdida, não sabia muito o que fazer. Aí me fez uma visita e desapareceu"* (Ent. 7R).

Outrossim, divergindo da Ent. 7R, a fala dos profissionais de saúde Ent. 17PS e 19PS reiteram que o trabalho da assistente social "*é muito presente*" e efetivo na promoção do direito à saúde das crianças com SCZ, com ações estratégicas como visitas, acompanhamento, encaminhamentos com "*resultados*".

> *[...] a assistente social é muito presente; ela trabalha no âmbito dos benefícios, dos BPCs, ela investiga, encaminha para os CRAS, [...] faz as visitas, recolhe toda a documentação e às vezes, quando é da capacidade dela, encaminhar para um setor, digamos como o INSS, [...] para previdência, para sair todo benefício financeiro e às vezes também encaminha para algum outro instituto da Secretaria de Saúde que aí também já vai direcionar outras coisas. Do meu ponto de vista, ela está trabalhando bem e eu vejo resultado [...]* (Ent. 17PS).

> *[acompanhamento com assistente social] Eles têm lá no próprio grupo e também pelo NASF, acompanha também essas crianças. [...] depende da necessidade das crianças, certo? Pode ser mensal, pode ser de dois em dois meses, três em três meses. [...] A assistente social é nessa parte do benefício, ver as condições da residência, essa parte* (Ent. 19PS).

O fato de muitas mães deixarem de trabalhar para cuidar integralmente da sua criança com SCZ, pode gerar problemas financeiros, e uma oportunidade de serem amenizados é o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Entretanto, na pesquisa realizada por Duarte e demais autores (2019), a maioria das famílias pesquisada não recebia o benefício.

Para Costa e demais autores (2016), o BPC constitui-se em um importante instrumento de garantia de renda básica para as pessoas com deficiência, apesar de barreiras de acesso ainda serem identificadas, dentre elas o indeferimento do pedido diante da burocracia das agências governamentais.

Em Feira de Santana esse apoio dispensado pelos assistentes sociais no município para o recebimento do BPC, referido pelas Ent. 17PS e 19PS tem auxiliado as despesas financeiras das famílias das crianças com SCZ, bem como para a promoção da sua proteção social.

Esses serviços de assistência social são disponibilizados pelas equipes do antigo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), bem como do Ministério Público, quando necessário, para a garantia dos direitos à saúde referendado por uma gestora.

> *É, a gente tem assistente social nas equipes NASF e elas têm uma articulação grande com o CRAS e o CREAS [...]. Às vezes enquanto NASF a gente tem uma limitação; a gente só pode ir até tal ponto e aí essa parceria com o CRAS, com o CREAS, com o próprio Ministério Público, que muitas vezes a gente aciona na tentativa de garantir direitos mesmo, de garantir o cuidado adequado [...]* (Ent. 20G).

Por conseguinte, as ações das assistentes sociais, concretamente, têm colaborado para aquisição do BPC pela criança com SCZ: *"[...] a assistente social da Secretaria foi que me ajudou procurar, é, em relação ao benefício, ao transporte, algumas coisas assim que eu tenho direito"* (Ent. 7R).

A intervenção da profissional assistente social a respeito do BPC é uma ação desenvolvida no dia a dia do seu trabalho. De acordo com Vaitsman e Lobato (2017), alguns profissionais de saúde conhecem um pouco e indicam o BPC aos usuários, sendo que os assistentes sociais costumam incluir esse benefício em sua prática profissional.

Conforme a Ent. 2G, a concessão do BPC foi agilizada devido parcerias e ações realizadas pela SMS e assistentes sociais junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), bem como organização do próprio INSS para agilizar os procedimentos necessários para a concessão do benefício:

> *[...] quando surgiu o boom do Zika vírus, o INSS meio que se organizou também. [...] algumas famílias que tinham alguma renda eles também concediam o benefício. Porque tem aqueles critérios do BPC, que é um quarto do salário-mínimo por pessoa para se conseguir, além da deficiência. Então tem que atingir os dois critérios [...]. [...] eles se organizaram para [...] estar concedendo o benefício em tempo hábil para uma família que vai lá agendar o benefício só tem vaga para daqui a três, quatro meses na perícia com o INSS, isso era o comum, mas [...] percebemos que na do Zika vírus isso foi se organizando para atender mais rápido* (Ent. 2G).

Nas situações de cuidado e de defesa da saúde infantil, a fragmentação das relações entre os profissionais e serviços, segundo Andrade e demais autores (2013), pode prejudicar a resolubilidade e a continuidade das ações desenvolvidas e, consequentemente, deixar as famílias e as crianças mais vulneráveis.

Por isso que o estabelecimento de mecanismos de coordenação e cooperação entre os setores de assistência social e saúde, de acordo com Vaitsman e Lobato (2017), dão possibilidade ao processo de implementação do BPC, assim como diminuem as barreiras de acesso. Desse modo, o trabalho conjunto INSS e CRAS, por exemplo, pode melhorar o processo de implementação, ao evitar o agendamento de pessoas que não são elegíveis ao benefício e, consequentemente, vai colaborar com o fluxo, diminuindo, inclusive, a espera.

Destacamos também que as ações intersetoriais e a articulação entre o acesso à saúde, à proteção social e à justiça, especificamente a partir da judicialização da demanda desse grupo, pode colaborar em algumas realidades para respostas legislativas e judiciais que promovam o direito à saúde às crianças com SCZ.

A fala da gestora, Ent. 18G, reflete essa cooperação entre os setores da assistência social e saúde.

> *[...] enquanto articuladora em rede elas têm uma assistência [...] de forma muito tranquila pelo que eu acompanho. Agora assim, a gente sabe que as crianças com microcefalia para entrar no SUAS é mais para poder acessar os programas sociais, os benefícios*

> *socioassistenciais, não é para um acompanhamento terapêutico, porque não é a linha do SUAS, isso aí é uma linha do SUS, entendeu?* (Ent. 18G).

Percebemos que a parceria efetiva entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria de Assistência Social, através do SUAS, foi uma estratégia que facilitou a articulação entre os setores e o acesso aos programas e benefícios socioassistenciais. Outrossim, destacamos além da atuação na concessão de benefício, que outras estratégias realizadas pelo serviço social têm colaborado para a garantia do direito à moradia das crianças com SCZ:

> *O serviço social ele vai ajudar dependendo da vulnerabilidade da família, cesta básica, a casa mesmo, aluguel, tem como financiar, tem como a prefeitura arcar alguns meses até os pais ingressarem no trabalho. Então assim, ajuda no necessário, dentro do padrão de cada família, entendeu?* (Ent. 9PS).

> *[...] o serviço social a partir do momento que detecta essas coisas vai fazer relatórios para encaminhamento do Minha Casa Minha Vida, por exemplo, que já é um programa que serve para todos, mas que tem uma cota para quem tem crianças com deficiência, mas que também há um bom tempo não está cadastrando novas crianças. Então eu não sei se de 2015 para cá existiu esse cadastramento, [...] eu acho que não está tendo não* (Ent. 10PS).

Essas falas fazem referência ao direito à moradia das famílias com crianças acometidas pela SCZ que é garantido no Estatuto da Pessoa com Deficiência, ao definir no artigo 31 que "a pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro ou desacompanhada, ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência". Para tanto, de acordo com o § 1º, "o poder público adotará programas e ações estratégicas para apoiar a criação e a manutenção de moradia para a vida independente da pessoa com deficiência" (Brasil, 2015a, p. 2).

Como já discutido na categoria anterior, no que diz respeito ao aparato legal que busca promover o direito à moradia, citamos a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, que dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida.

O Decreto nº 6.307, de 14 de dezembro de 2007, que dispõe sobre os benefícios eventuais de que trata o artigo 22 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, os quais são provisões temporárias e suplementares destinadas a cidadãos em situações de vulnerabilidade temporária, também regulamenta a concessão nessas situações do aluguel social.

Tais Programas foram criados antes da epidemia do vírus Zika, contudo poderão ser usados para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ em sua concepção ampliada a partir da garantia da moradia.

Do mesmo modo, as Ent. 2G, 5G e 20G salientam ações desenvolvidas pelo serviço social, CRAS e Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDESO), no sentido de conceder moradias às famílias que necessitam:

> *[...] o Minha Casa Minha Vida também de conceder as moradias é, com o critério de [...] não espera, [...] do relatório que foi enviado e aí ele, ele tem prioridade. É, o CRAS nesse apoio também se estruturou, a gente teve alguns programas que foi instituído pela SEDESO, Secretaria de Desenvolvimento Social, para estar acompanhando e direcionando* (Ent. 2G).

> *[...] Eu sei bem do BPC. Sei também das questões assim voltadas para os projetos Minha Casa Minha Vida, o transporte [...]* (Ent. 5G).

> *É, foi feito uma questão de priorizar também as famílias que têm microcefalia que não têm moradia [...], relação ao bolsa família e ao acesso a moradia, do Minha Casa Minha Vida também. Então a gente tenta trabalhar tentando dar a máxima cobertura possível para as famílias* (Ent. 20G).

Segundo Andrade e demais autores (2013, p. 779), a intersetorialidade possibilita a expansão das ações de saúde, sendo uma estratégia de gestão essencial para "consolidar a integralidade das ações e serviços, especialmente diante do conjunto de leis e programas que visam alcançar a proteção integral das crianças". Nesse sentido, entendemos que as parcerias realizadas, na realidade estudada, têm colaborado para a promoção da proteção integral das crianças com SCZ e se constituem em estratégias importantes para a efetivação do seu direito à saúde numa concepção ampliada.

Além desses serviços voltados para a disponibilização de benefícios e moradia as estratégias de assistência social destinadas às crianças com SCZ

para a promoção do direito à saúde têm sido realizadas para a marcação de consultas, orientações sobre os atendimentos disponibilizados: *"[...] a assistente social daqui foi para marcar direitinho o horário de* [nome da criança], *as condições, as regras, esses negócios*" (Ent. 8R).

Diferentemente dessa fala, a Ent. 12R justifica que

> *[...] Eu nunca precisei recorrer assim a uma assistente social para [...] outros benefícios, é mais assim, mais para atendimento só e para mudança de horário também aqui [...], porque como eu moro no distrito tem que ser um horário é, assim, mais específico por causa dos transportes [...]* (Ent. 12R).

Destacamos que a marcação de consultas e exames e a disponibilização de orientações poderão colaborar para a qualidade do serviço prestado pelas profissionais, pois de acordo com Bataglion e Marinho (2016) a assistência dispensada e as informações compartilhadas tendem a colaborar para que o atendimento disponibilizado seja mais completo e consistente em termos da reabilitação.

Enquanto ação técnica, o serviço social tem realizado o controle e justificativa das faltas das crianças aos atendimentos/terapias, como apresentado de maneira convergente pelas Ent. 15PS e 21PS:

> *[...] por mais que eles venham e seja seu direito garantido pelo SUS, pelo Ministério da Saúde, é um programa específico [que] não significa que ela vai vir no dia que ela quer e como ela quer. A família tem um dever, a instituição tem um dever, porque o bebê ele não vem sozinho e a gente enquanto serviço social tem por obrigação e tem o dever de estar mediando isso, porque senão a mãe não vê o desenvolvimento e a gente enquanto profissional fica frustrado, porque a gente também não está vendo o desenvolvimento. [...] estão os quatro profissionais na sala, fazendo a estimulação, viu que essa criança faltou três vezes consecutivas, a gente procura se tem justificativa, o serviço social entra em contato e procura saber. [...] São coisas que o serviço social tem que ter um olhar diferenciado para aquela família, mas não pode deixar que a criança tenha o atendimento e aí a gente tem que dar uma puxadinha mesmo* (Ent. 15PS).

> *Quem fica responsável por justificar as faltas é o serviço social. Todo paciente que vem eles assinam um termo, que assim após três faltas consecutivas sem justificativas eles são desligados da instituição, [...] em todas as instituições funciona dessa forma. [...] Então, se o paciente por alguma razão, adoecimento, alguma situação não pôde vir ele, ele tem que justificar para o serviço social, aí é o serviço social que faz esse papel, certo? [...] sempre que acontece quando chega a terceira falta a gente encaminha, o serviço social entra em contato, aí, ver o que é que está acontecendo [...]* (Ent. 21PS).

A justificativa/controle das faltas pode influenciar a ampliação do compromisso dos pais com a participação das crianças nas terapias e, consequentemente, promover a participação mais frequente e melhores resultados no desenvolvimento infantil. Além disso, a preocupação da instituição com a frequência da criança aos atendimentos pode ser percebida com esta prática de buscar informações sobre os motivos que promoveram as ausências ao serviço.

Outrossim, em caso de falta, os profissionais sinalizam à assistente social da APAE para que esta possa se certificar do motivo, uma vez que com três faltas consecutivas sem justificativas a criança poderá ser desligada do serviço.

Tal atitude é considerada como algo positivo pela Ent. 11R, inclusive por perceber que a assistente social está também preocupada com o desenvolvimento de seu filho.

> *[...] a única [assistente social] que eu tenho acesso é a daqui mesmo da APAE e quando eu fui até ela, era para ela me dar uma 'bronca', é porque assim teve um momento que minha esposa estava com o menino pequeno e ela que trazia [...], toda segunda-feira eu estava no trabalho e aí a minha esposa ficou de trazer ele, só que aí chegou um tempo que ela não estava aguentando porque ele [...] é pesado [...]. [...] aí me chamou lá umas duas vezes para me dar uma bronca [...], mas assim é uma bronca para o bem [...] do meu filho, então eu não me incomodo, eu fico até feliz em ver que ela tem essa preocupação* (Ent. 11R).

Mas não é só acompanhamento de faltosos ao serviço feito pela assistente social. Outra estratégia é o acolhimento dessas mães e crianças e, posteriormente, a identificação das necessidades e a disponibilização de serviços: *"[...] no primeiro momento a gente fez [...] um grupo do acolher das mães e aí de acordo com a necessidade que a gente ia vendo durante o atendimento a gente ia tentando, é, disponibilizar aquele serviço para aquelas mães"* (Ent. 3G).

Acolhimento é um dispositivo relevante porque compreendemos que ele é inerente às relações sociais, particularmente ao processo saúde-doença. Missel, Costa e Sanfelice (2017, p. 589) reforçam que "o cuidado técnico-científico articulado ao acolhimento e ao respeito ao indivíduo é o principal aspecto que envolve e fundamenta a humanização". Portanto, as ações que têm buscado acolher às mães e atender às suas necessidades poderão influenciar para a qualidade do atendimento ofertado.

Concordamos com Figueiredo, Sousa e Gomes (2016), que os profissionais que atendem às crianças com necessidades especiais necessitam promover o seu acolhimento e o de sua família, bem como lhes fornecer informações que promovam sua autonomia e independência, com orientações sobre os seus direitos e de como prosseguir para alcançá-los.

A atuação do serviço de assistência social no encaminhamento para os serviços necessários, bem como as orientações e o direcionamento às mães diante de situações que os outros profissionais da equipe de saúde não têm conhecimento, é uma realidade da prática na atenção às crianças com SCZ e suas famílias no município de Feira de Santana – BA.

> *[...] o serviço social daqui ele é muito atuante, diante de todas as queixas que essa mãe traz e de dificuldades se tenta dar algum direcionamento, mas foge ao nosso poder real. Por exemplo, a gente já teve essas questões do CEPRED* [Centro de Prevenção e Reabilitação do Portador de Deficiência]*, 'ah, que precisa da cadeira de roda e que não tá conseguindo'. [...] já se tentou elas contato com defensoria pública, então elas se mobilizam nesse sentido, para ver o que é que o defensor pode fazer. [...] em relação ao INSS elas fazem todo o direcionamento, [...] elas fazem o que for pertinente a cada um e entra em contato com os órgãos competentes* (Ent. 10PS).

> *Sempre que tem alguma demanda a gente encaminha, sempre. [...] Transporte, às vezes quando precisa de algum exame, um médico, alguma coisa, então tudo que chega assim que não nos compete a gente encaminha para o serviço social* (Ent. 21PS).

O conhecimento dos fluxos do sistema e os locais de referência pelo profissional de saúde que atende às crianças com SCZ, de acordo com Pedrosa e demais autores (2020), é uma maneira para auxiliar e orientar as famílias e, consequentemente, facilitar o seu itinerário terapêutico. Por isso, vemos que o direcionamento e as orientações realizadas pelos assistentes sociais são oportunidades para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ.

Mas, apesar desse trabalho é possível ver situações que mostram a fragilidade familiar e que necessitam do fortalecimento do vínculo família – serviço – profissionais de saúde também alvo de ações dos serviços de assistência social para a garantia do direito à saúde das crianças com SCZ:

> *[...] o SUAS vai entrar aí na questão mesmo da fragilidade da família, porque muitos genitores abandonaram essas mães; criou essa fragilização de vínculo familiar, porque ele pode separar da esposa, mas ele nunca vai deixar de ser pai daquela criança, ele vai ser para o resto da vida. [...] os CREAS e os CRAS trabalham nessa perspectiva, de fortalecer o vínculo familiar, de orientar essas famílias, o papel de família, [...] porque a partir do momento que ele negligenciou o papel de pai, ele está violando o direito de uma criança, entendeu?* (Ent. 18G).

Para Pedrosa e demais autores (2020), o apoio da família proporciona mais leveza na prestação do cuidado dispensado à criança, tanto nas atividades rotineiras realizadas no domicílio, quanto nos serviços de tratamento e reabilitação. E, nesse sentido, entendemos que é no seio familiar que as primeiras ações de inclusão e de promoção do direito à saúde poderão ser ofertadas à criança com SCZ, portanto, o seu apoio e a criação de redes de colaborações institucionais, a exemplo do CREAS e CRAS, que busquem superar a ausência de alguns membros familiares, vêm favorecer a promoção da sua qualidade de vida, enquanto um direito humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre algumas estratégias destinadas a promover a atenção à saúde das crianças com SCZ se destacam o monitoramento e cobrança do gestor na realização dos atendimentos/acompanhamentos; a compra dos materiais necessários para terapia pela genitora da criança ou pelo próprio profissional; a comunicação acolhedora com as famílias realizada pelos profissionais de saúde; o desenvolvimento do trabalho em equipe; a realização de capacitações e treinamentos; a parceria entre serviço, profissionais de saúde e família; a ampliação do tempo de atendimento; o agendamento em horários diferentes para atender às necessidades e as particularidades da criança com SCZ e de sua família; a realização de terapias com públicos com idades diferentes, frente à demanda pelos serviços conveniados a rede SUS, mas que não foi considerada positiva pelos usuários.

Neste estudo, observamos que as estratégias dos serviços de assistência social para a promoção do direito à saúde das crianças com SCZ foram relacionadas ao atendimento disponibilizado nos serviços, orientações e encaminhamento para obtenção do benefício, realização de visitas domiciliares, orientação sobre a marcação de consultas e atendimentos, concessão de moradia e auxílio moradia, ação técnica, como o controle e justificativa das faltas das crianças aos atendimentos/terapias.

Percebemos também que a gestão em alguns momentos apoia o serviço, contudo em outros, vimos uma iniciativa pontual de trabalhadores, o que requer uma atuação mais concreta dos gestores, de modo a garantir o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde e de proteção social no âmbito do SUS e SUAS que garantam o acesso ao direito à saúde das crianças com SCZ de maneira efetiva.

Diante das ações e estratégias desenvolvidas ressaltamos que há a necessidade de as famílias lutarem pela efetivação do direito à saúde das crianças com SCZ em busca de ações de Atenção à Saúde e Proteção Social que colaborem para uma melhor qualidade de vida. Salientamos que algumas das estratégias de atenção à saúde e de proteção social desenvolvidas no âmbito do SUS e do SUAS analisadas neste estudo poderão colaborar positivamente para garantia do direito à saúde das crianças com SCZ no município pesquisado. Contudo, destacamos a necessidade de superar

os desafios encontrados de modo a promover a operacionalização da saúde enquanto um direito de cidadania dessas crianças e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. *et al*. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. *Escola Anna Nery*: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 772-780, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/bDGn46RTzJPWJ35ydvhsHRz/?lang=pt. Acesso em: 4 jun. 2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico de Microcefalia/ Síndrome congênita associada à infecção pelo Zika vírus e outras etiologias infecciosas*. Bahia: Sesab, 2018. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/BoletimEpidemiologicoMicrocefaliaMaio2018_numero2.pdf. Acesso em: 4 jun. 2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. *Boletim epidemiológico das arboviroses*. Bahia: Sesab, 2017. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_Epidemiologico_n1_Arbov-07novembro2017.pdf. Acesso em: 4 jun. 2018.

BATAGLION, G. A.; MARINHO, A. Familiares de crianças com deficiência: percepções sobre atividades lúdicas na reabilitação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3101-3110, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/cGKHgHQ97sZf3BWrNPXnwWK/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n° 6.307, de 14 de dezembro de 2007. Dispõe sobre os benefícios eventuais de que trata o art. 22 da Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 241, p. 8-9, 15 dez. 2007.

BRASIL. Lei n° 11.977, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas; altera o Decreto-Lei no 3.365, de 21 de junho de 1941, as Leis nos 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 10.257, de 10 de julho de 2001, e a Medida Provisória no 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 128, p. 2-6, 8 jul. 2009.

BRASIL. Lei n° 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 122, p. 1-2, 27 jun. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASIL. Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 233, p. 18769-18772, 8 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 137, p. 2, 7 jul. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce*: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde confirma 1.551 casos de microcefalia. *Portal Gov.Br*, Brasília, DF, 7 jun. 2016c. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/pt/noticias/639-ministerio-da-saude-confirma-1-551-casos-de-microcefalia-no-pais. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika e microcefalia. *Portal Gov.Br*, Brasília, DF, 11 maio 2017a. Disponível em: https://www.saude.gov.br/noticias/svs/28348-ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika-e-microcefalia. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota informativa conjunta nº 5 de 2017 – SVS/SAS/MS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n° 405, de 15 de março de 2016. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 mar. 2016d. Disponível em: https://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-interministerial-no-405-de-15-de-marco-de-2016/. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Trata de pesquisas e testes em seres humanos]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 4 jun. 2018.

BULHÕES, C. S. G. *et al*. Repercussões psíquicas em mães de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus. *Escola Anna Nery*: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/Rg7jNFz39ncsf3CPbbWvGJt/?lang=pt#:~:text=A%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20acerca%20das%20repercuss%C3%B5es,em%20suas%20rotinas%2C%20cercadas%20por. Acesso em: 9 ago. 2021.

COSTA, N. R. *et al*. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3037-3047, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/h89GGZGvWQ5GjHchLWLKw6s/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 out. 2021.

DUARTE, J. S. *et al*. Necessidades de crianças com síndrome congênita pelo Zika vírus no contexto domiciliar. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 249-256, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TdZ9dYL6dCYQvq4J56LhpBL/?lang=pt. Acesso em: 25 set. 2021.

FARIA, N. R. *et al*. Establishment and cryptic transmission of Zika virus in Brazil and the Americas. *Nature*, [*s. l.*], v. 546, n. 7658, p. 406-410, 2017. Disponível em: https://www.nature.com/articles/nature22401. Acesso em: 11 set. 2021.

FARIA, N. R. *et al*. Zika virus in the Americas: Early epidemiological and genetic findings. *Science*, v. 352, n. 6283, p. 345-349, 2016. Disponível em: https://www.science.org/doi/10.1126/science.aaf5036. Acesso em: 11 maio 2021.

FIGUEIREDO, S. V.; SOUSA, A. C. C.; GOMES, I. L. V. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 88-95, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/3Lfz3tjsqvcQrqbL4CN8Chw/?lang=pt. Acesso em: 4 jun. 2021.

FRANCO, V. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 59, p. 35-48, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/er/a/qrQjwKWxwkvmM83RGYHybXm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 11 maio 2021.

HAMAD, G. B. N. Z.; SOUZA, K. V. Filho especial, mãe especial: o sentido da força de mães de crianças com a síndrome congênita do zika vírus. *Escola Anna Nery:* Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/

WhWbMDmyCKZ7rmpMx8X4Dvh/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 11 maio 2018.

HAMAD, G. B. N. Z.; SOUZA, K. V. Síndrome congênita do Zika vírus: conhecimento e forma da comunicação do diagnóstico. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, p. 1-14, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/YsFy4zVGcM9mxBtMSS6Mtcp/?lang=pt. Acesso em: 4 set. 2021.

JUNQUEIRA, C. C. S. *et al*. Estimulação de crianças com síndrome congênita pelo Zika vírus no domicílio: desafios do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PGNVnspyXFnqFjsRfKtgdfm/?lang=pt#:~:text=Os%20desafios%20enfrentados%20pelos%20cuidadores,preservar%20as%20capacidades%20destas%20crian%C3%A7as. Acesso em: 11 maio 2021.

MENEZES, A. S. S. *et al*. Microcefalia relacionada ao vírus Zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 37, n. 1, p. 38-46, 2019. Disponível em: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100038. Acesso em: 4 jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MISSEL, A.; COSTA, C. C.; SANFELICE, G. R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 575-597, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/HSSNKfb8rrF7tvNcSq8vvRP/. Acesso em: 4 jun. 2018.

OLIVEIRA, M. C. *et al*. Vivências de mães que tiveram filhos com microcefalia. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 32, p. 1-11, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26350. Acesso em: 4 jun. 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection*. Implications for public health in the Americas. [*S. l.*]: Pan American Health Organization, 2015.

PEDROSA, R. K. B. *et al*. Itinerário da criança com microcefalia na rede de atenção à saúde. *Escola Anna Nery*: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-8, 2020.

QUADROS, M. T.; MATOS, S. S.; SILVA, A. C. R. Emergência, Cuidado e Assistência à Saúde de Crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus: notas sobre os serviços de saúde e a atuação das mães em Pernambuco. *Revista AntHropológicas*, Recife, v. 30, n. 2, p. 263-289, 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/85944505/Emerg%C3%AAncia_Cuidado_e_Assist%C3%AAncia_%C3%A0_Sa%C3%BAde_de_Crian%C3%A7as_com_S%C3%ADndrome_

Cong%C3%AAnita_do_Zika_V%C3%ADrus_notas_sobre_os_servi%C3%A7os_de_sa%C3%BAde_e_a_atua%C3%A7%C3%A3o_das_m%C3%A3es_em_Pernambuco. Acesso em: 8 jun. 2018.

RASANATHAN, J. J. K. *et al*. Engaging Human Rights in the Response to the Evolving Zika Virus Epidemic. *American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 107, n. 4, p. 525-531, 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/85944505/Emerg%C3%AAncia_Cuidado_e_Assist%C3%AAncia_%C3%A0_Sa%C3%BAde_de_Crian%C3%A7as_com_S%C3%ADndrome_Cong%C3%AAnita_do_Zika_V%C3%ADrus_notas_sobre_os_servi%C3%A7os_de_sa%C3%BAde_e_a_atua%C3%A7%C3%A3o_das_m%C3%A3es_em_Pernambuco. Acesso em: 25 set. 2019.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 430-434, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/yJWYWr9ZpNLhk9Yvx33psTm/. Acesso em: 9 nov. 2018.

SÁ, F. E. *et al*. Produção de sentidos parentais no cuidado de crianças com microcefalia por vírus zika. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6629. Acesso em: 9 out. 2018.

VAITSMAN, J.; LOBATO, L. V. C. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: Barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3527-3536, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QysWmvLv4m7YyhscnxzBKhf/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barré syndrome*. [*S. l.*]: WHO, 2016. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/. Acesso em: 31 jan. 2018.

SOBRE OS AUTORES

MARIANA DE OLIVEIRA ARAÚJO

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Doutora em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UEFS. Professora adjunta

do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS). Docente da Graduação em Enfermagem, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: moaraujo@uefs.br

MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO

Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); professora pleno (Emérita) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: angelauefs@yahoo.com.br

CAPÍTULO 7

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS PÓS-EPIDEMIA

Irene do Nascimento Milcent
Juliana Alves Leite Leal

ZIKA NO BRASIL: CONDIÇÕES DA INTRODUÇÃO VIRAL E SUAS NECESSIDADES

Desde 2015, o nordeste do Brasil tornou-se o epicentro global da epidemia do Vírus Zika. Em fevereiro de 2015, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde brasileiro passou a monitorar o registro de casos de síndrome exantemática aguda na Região Nordeste (NE) do país, cujo agente etiológico foi posteriormente identificado como o vírus Zika (ZIKV) (Eickmann *et al*., 2016). A infecção propriamente dita pela ZIKV não foi um evento inédito, porém a epidemia no Brasil trouxe muitas peculiaridades e preocupações, tornando uma situação sem precedentes.

Em outubro do mesmo ano, o estado de Pernambuco notificou o Ministério da Saúde (MS) acerca de um aumento exponencial de nascidos vivos com microcefalia. Em 11 de novembro, baseado em resultados de investigações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, o MS reconheceu a associação entre a epidemia da Zika e o aumento de casos de microcefalia no NE (Possas *et al*., 2017).

A realidade mostrou que o país passou de uma média anual de 200 casos confirmados de microcefalia, antes do primeiro caso relatado em maio de 2015, para 2.366 casos cumulativos confirmados no final de dezembro de 2016 (Possas *et al*., 2017). Além da microcefalia, nas estatísticas foram incluídas outras alterações do sistema nervoso central (SNC) que passaram a definir a Síndrome Congênita Associada à Infecção por ZIKV (SCZV).

Entre as anormalidades neurológicas observadas destacam-se a hipertonia global grave com hiperreflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, distúrbio de deglutição, além de comprometimentos visuais (Eickmann *et al*., 2016). As calcificações também constituem achados frequentes na SCZV, estando presentes em 88 a 100% dos casos (Mehrjardi *et al*., 2016).

Embora a microcefalia e demais alterações cerebrais tenham recebido grande atenção, a infecção por ZIKV durante a gravidez também leva a outras complicações, como restrição do crescimento intra-uterino, abortamento, óbito fetal, além de malformações musculoesqueléticas e oculares (Martines *et al*., 2016; Perez *et al*., 2016; Sarno *et al*., 2017) tornando-se uma preocupação e prioridade durante o período gestacional.

Particularmente, o acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida consiste em uma tarefa essencial para a promoção à saúde e a identificação de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Em se tratando de crianças com SCZV, diante da miríade de manifestações clínicas e os impactos a elas associados na saúde das crianças e famílias acometidas, tais cuidados são mais complexos: é imprescindível que as crianças tenham o seu diagnóstico garantido e um adequado acompanhamento longitudinal na atenção básica, nos ambulatórios de especialidades, unidades hospitalares e serviços de reabilitação. Aqui, fala-se nas várias políticas diretamente envolvidas, dentre elas, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que necessitam se articular para organizar a resposta dos diversos serviços, garantindo adequado acolhimento, diagnóstico e tratamento (Brasil, 2017a).

Todos os neonatos com microcefalia precisam receber avaliação e acompanhamento regular durante a infância por equipe multidisciplinar, desde pediatra, neurologista até profissionais de estimulação precoce, dentre eles, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Além disso, diante

do impacto familiar, é recomendável apoio psicológico bem como de assistência social aos familiares das crianças (Eickmann *et al*., 2016).

No Brasil, as crianças atendidas pela rede de saúde pública estiveram concentradas na Região Nordeste. Considerando os casos confirmados entre as semanas 1 e 28 de 2017, em aproximadamente um terço dos casos foi reportado algum tipo de cuidado e cerca de 13,7% das crianças receberam três tipos de serviços –puericultura, estimulação precoce e atenção especializada – (Brasil, 2017). Garantir a assistência adequada a tais doentes e seus familiares é a problemática a ser enfrentada no momento pelos serviços de saúde.

A partir da Constituição da República Federativa de 1988, o direito à saúde foi incorporado como um direito social fundamental (Brasil, 1988). Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como o responsável pela execução de ações de assistência terapêutica universal. A universalização promovida trouxe consigo um aumento no acesso da população aos serviços de saúde, no entanto, a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda ainda é evidente, expondo a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS (Assis; Jesus, 2012).

Tais autores definem acesso como a "porta de entrada", ou seja, o local de acolhimento do usuário, bem como os caminhos percorridos pelo mesmo em busca de resolubilidade da sua necessidade de saúde vínculo, acolhimento, humanização e resolubilidade da assistência.

Porém, observa-se a diversidade de aspectos limitantes enfrentados pela população brasileira no que diz respeito à obtenção da saúde assegurada pelo Estado na amplitude do seu conteúdo, dentre eles baixa acessibilidade, ausência de hierarquia, descentralização e regionalização da rede de assistência, insuficiência dos recursos financeiros destinados à saúde; ausência de equidade e acolhimento (Assis; Jesus, 2012).

Diante dessa realidade este estudo objetiva analisar o acesso aos serviços de saúde ofertados a crianças com SCZV, sob a perspectiva de mães dessas crianças e profissionais da Rede Pública de Saúde num município da Bahia, três anos após a epidemia da Zika, tendo em vista as seguintes questões de pesquisa: como se dá o acesso aos serviços de saúde para crianças com Síndrome Congênita por Zika vírus em Feira de Santana? Quais os

serviços de saúde ofertados para as crianças com Síndrome Congênita por ZIKV em Feira de Santana? Quais as facilidades, dificuldades e os desafios e perspectivas enfrentados pelos familiares de crianças com Síndrome Congênita por ZIKV para obtenção de acesso aos serviços de saúde de Feira de Santana?

O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, pela sua compreensão, inteligibilidade dos fenômenos sociais, significado e intencionalidade que lhe atribuem os atores (Minayo; Assis, 2005; Minayo; Deslandes; Cruz Neto, 2010). Trabalhando, portanto, com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, das atitudes e dos valores, permitindo uma aproximação à realidade dos indivíduos pesquisados.

A escolha do município foi em virtude de suas condições climáticas, demográficas e sociais favoráveis à reprodução dos vetores e circulação viral (Lourenço *et al*., 2017). Em meados de 2015, oito cidades do estado da Bahia, dentre elas Feira de Santana (FSA), registraram a maioria dos casos de Síndrome de Guillain-Barret (SGB) associada ao Zika. A respeito dos casos suspeitos de SCZV em FSA, em 2017 até a Semana Epidemiológica (SE) 44 foram notificados, 58 casos suspeitos de microcefalia, dos quais 23 foram confirmados, três estavam em investigação e cinco evoluíram para óbito (Feira de Santana, 2017).

O estudo foi realizado especificamente nos seguintes espaços: Centro Municipal de Referência em Endemias; Associação de Pais e Mães dos Excepcionais (APAE) e Unidade Básica de Saúde do Campo Limpo II. Com a participação de quatro mães de crianças com Síndrome Congênita Associada ao Zika Vírus e cinco profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento às necessidades destas crianças, divididos em dois grupos, com seus respectivos critérios de inclusão e exclusão específicos:

- Grupo I – Mães/pais/responsáveis por crianças com SCZV cadastradas pelo Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia), cujos critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos; que

fossem pais/mães/responsáveis por crianças com SCZV diagnosticadas há pelo menos um ano; que as crianças estivessem em uso de pelo menos um serviço da rede municipal de saúde; e que também fossem residentes do município de FSA-BA. E como critérios de exclusão: responsáveis por crianças não diagnosticadas com a síndrome – mesmo que as mães tenham tido Zika durante a gravidez –; responsáveis por crianças não cadastradas no RESP-Microcefalia;

- Grupo II – Trabalhadores de saúde, cujo critérios de inclusão foram: trabalhadores de saúde das seguintes categorias – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros trabalhadores – que atuassem diretamente no atendimento às necessidades das crianças com SCZV nos serviços de saúde em FSA-BA; que trabalhassem há pelo menos 6 meses nesses serviços. Como exclusão: servidores afastados de seus locais de trabalho por quaisquer motivos.

A entrevista semiestruturada foi a técnica de coleta utilizada com roteiro próprio para cada grupo de participantes contemplando algumas questões referentes ao acesso enquanto direito universal aos serviços de saúde ofertados às crianças com SCZV, bem como sobre as dificuldades e as facilidades para a obtenção do atendimento nesses serviços.

A aproximação das pesquisadoras com os participantes do estudo ocorreu, inicialmente, com uma visita aos campos/serviços, com a entrega aos coordenadores dos serviços da autorização para realização da pesquisa juntamente com a minuta do projeto. Dessa forma, tivemos a oportunidade de fazer os esclarecimentos sobre a pesquisa com o intuito de explicar a importância, os objetivos, a metodologia empregada, os riscos e os benefícios.

Usamos como método de análise de dados a Análise Temática de Conteúdo, aquela que segundo Minayo, Deslandes e Cruz Neto (2010), desdobra-se em três etapas básicas: pré- -análise, análise do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, transcrevemos as entrevistas na íntegra, possibilitando um entendimento prévio dos futuros resultados do estudo. Em seguida, elaboramos dois quadros sínteses, um para as falas de responsáveis das crianças com SCZV e outro para as falas dos profissionais. Por fim,

agrupamos as informações em quadros sínteses, apresentados pelos núcleos de sentido, a partir dos significados e sentidos manifestos nas entrevistas.

No quadro síntese referente às entrevistas de responsáveis por crianças com SCZV, os núcleos de sentido foram: serviços utilizados; disponibilidade de acesso; opinião sobre a qualidade dos serviços; acessibilidade; avanços e facilidades; limites e dificuldades; desafios e perspectivas. No quadro síntese dos profissionais, os núcleos de sentido foram: serviços ofertados; disponibilidade de acesso; conhecimento sobre medidas/leis/aparatos para obtenção do acesso aos serviços de saúde; opinião sobre a qualidade dos serviços; avanços e facilidades; limites e dificuldades; desafios e perspectivas.

Considerado que se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, as normas éticas e legais foram respeitadas em todas as etapas: elaboração, construção e efetivação desta. Nesse contexto, seguiu as diretrizes estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466/12.

Dessa forma, a coleta de dados aconteceu após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, CAAE: 11887519.9.0000.0053, assim como posteriormente à concordância dos participantes. Esse último envolveu a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram mais uma vez reforçados o tema, os objetivos, riscos e benefícios do estudo.

O TCLE foi disponibilizado em duas vias, das quais uma ficou de posse da entrevistada e a outra da pesquisadora. Reforça-se que todas as informações têm sido e continuarão mantidas em sigilo, garantindo o anonimato dos participantes – através da substituição dos nomes reais por letra referente ao grupo entrevistado (R para responsáveis, P para profissionais) seguida de números cardinais arábicos, conforme ordem de entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados foi dividida em três unidades temáticas apresentadas no decorrer desta seção, a seguir.

Os fragmentos das falas explicitados no texto são apresentados de acordo com os participantes de cada grupo, seguido no final das falas a letra correspondente P para profissional de saúde e R para responsável, entre

parênteses, com o respectivo número da ordem da entrevista realizada, ou seja, (P1) e (R2), e assim sucessivamente.

SERVIÇOS DE SAÚDE (RE)CRIADOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS PÓS-PANDEMIA

Em Feira de Santana, o atendimento das crianças com SCZV ocorre de forma centralizada no Ambulatório Municipal de Infectologia, localizado no Centro Municipal de Referências em Endemias, oferecendo serviços de infectologia, fonoaudiologia, psicologia, acupuntura, triagem e coleta laboratorial para notificação de agravos, estando envolvido no acolhimento e atendimento de todas as crianças com esta síndrome.

Outro serviço utilizado no atendimento às crianças com microcefalia foi a APAE. O ambulatório dessa instituição atende a comunidade em convênio com o SUS, dispondo de alguns serviços, como enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, médico (neuropediatria, ortopedia e psiquiatria), nutrição, psicologia, psicopedagogia, serviço social, terapia ocupacional (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, 2019).

Os demais serviços ofertados para essas crianças encontram-se espalhados por instituições conveniadas, que fazem parte da rede e que tem consultas e terapias disponibilizadas pela Central de Regulação, além de instituições que atendem exclusivamente pelo SUS, como o Hospital Estadual da Criança (HEC), o Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS) e o Centro de Saúde Especializado Dr. Leone Coelho Leda (CSE), todavia os atendimentos são pontuais, geralmente voltados para consultas com especialistas.

Todas as responsáveis entrevistadas referiram utilizar (ou já terem utilizado) pelo menos um serviço fora do município, dentre eles, o acompanhamento na rede SARAH de Hospitais de Reabilitação e/ou no Centro de Prevenção e Reabilitação de Pessoas com Deficiência (CEPRED) em Salvador.

Tendo oportunidade de observar as instituições e serviços utilizados no acompanhamento das crianças com SCZV em Feira de Santana, uma característica marcante foi a fragmentação existente entre os serviços, inclusive reforçada pelos participantes deste estudo, tanto por um profissional de

saúde quanto por uma das responsáveis: *"Os serviços não estão organizados, os atendimentos ocorrem de maneira descentralizada, eu não sei o que está sendo feito na fisioterapia, neurologia etc."* (P3); *"Assim, por um lado eu acho bom que tem muito serviço, né? Quanto mais para ela é até melhor, mas às vezes, eu sinto eles perdidos porque parece que um não sabe o que o outro 'tá fazendo'"* (R4).

Todavia, Silva (2011) afirma que redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição mais adequada para efetivação da atenção à saúde e reduzem os custos dos serviços, imprimindo uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. Porém, observamos que a estrutura atual da Rede no cenário pesquisado não está adequada para o manejo clínico das condições apresentadas por crianças com SCZV, na medida em que se apresenta como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada.

No que tange a integralidade, Mattos (2006) e Magalhães Júnior (2006) destacam três aspectos que consideram relevantes:

- o primeiro é o da integralidade em seu sentido vertical, relacionado a não fragmentação do cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, incorporando-se também um olhar sobre as questões referentes aos aspectos da subjetividade e do contexto social dos usuários;
- o segundo é o da integralidade horizontal, na qual se evidencia a necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e a monitorização do trajeto de uns aos outros, para o atendimento às necessidades dos usuários;
- o terceiro diz respeito a intersetorialidade. Ou seja, as redes de atenção à saúde não estarem restritas ao setor saúde, incluindo políticas de outros setores relacionados aos determinantes do processo saúde-doença.

Esses diferentes aspectos são reforçados por Silva (2011), uma vez que se somam em uma definição mais completa do significado de integralidade em saúde e tornam-se ainda mais relevantes quando se considera a miríade de repercussões clínicas (neurológicas, motoras, cognitivas) e

sociais atribuídas à SCZV. Portanto, entendemos que para atender a tais necessidades, os serviços precisam reforçar os vínculos estabelecidos com os usuários, tornando-os mais estáveis, além de instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, por meio de linhas de cuidado voltadas para prevenção e promoção, orientando os seus usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde.

Em se tratando do acompanhamento de crianças com SCZV assistidas pela Rede, o grande desafio que se coloca está ligado à construção de uma rede menos fragmentada, o que vem favorecer o acesso de maneira continuada, oportunizando a promoção da integralidade da atenção e a racionalização de recursos financeiros, e materiais.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS: DO IDEAL AO REAL

Para Giovanella e Fleury (1995), o acesso pode ser entendido como uma categoria central para o conhecimento e análise das interrelações usuários/serviços de saúde, estando relacionado com a capacidade de um grupo ou usuário buscar e obter atenção desejada. O acesso ao direito à saúde compreende, portanto, a forma como os usuários têm conseguido efetivar este direito. Referem-se, também, às dimensões específicas do acesso como disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

A disponibilidade consiste na relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e o tipo de necessidades (Giovanella; Fleury, 1995). De acordo com os dados coletados, os serviços ofertados às crianças com SCZV em Feira de Santana estão de certo modo, em consonância com acompanhamento preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visto que essas crianças, de fato, recebem acompanhamento por equipe especializada e multidisciplinar. A relação entre o volume de serviços e o volume de usuários/pacientes e suas necessidades, no entanto, tem se mostrado inadequada, na medida em que esses usuários têm enfrentado listas de esperas para obtenção dos serviços, tendo, em alguns casos, a continuidade da assistência e a resolubilidade "perturbadas", conforme

destaques nas falas convergentes a seguir: *"A principal dificuldade que eu vejo é de oferecer as terapias necessárias com a frequência necessária. A realização de alguns exames complementares em tempo hábil também. Exames complementares demoram!"* (P3).

> *[...] O exame de vista dela mesmo, já 'tava tudo certo. Aí 'é hoje', 'é amanhã' e nunca resolve nada desse negócio. Aí fica meio complicado. Fica acumulando, acumulando e nunca resolve. [...] Eu já falei que não vou fazer mais lá, 'tô para fazer particular mas não volto mais lá porque nunca resolve!* (R1).

Quando questionados sobre possíveis facilidades para o acesso aos serviços de saúde, a maioria dos profissionais de saúde referiram sobre a prioridade de atendimento na rede que essas crianças possuem, apesar das falas, em sua maioria, estarem associadas à inserção na Rede: *"Nós fizemos uma triagem, encaminhamos esse relatório para secretaria e essa criança teve uma facilidade maior para conseguir atendimento mais rápido"* (P1).

> *Assim que nasceu, ela não teve dificuldade. Dificuldade todo mundo tem né, na verdade, é que a gente fica tão ansioso que quer hoje, fui hoje, quero hoje. Mas diante de tantas coisas, diante de tantas crianças que foram aparecendo, que foram em busca, ela conseguiu não ter problema* (P5).

Tratando-se de dispositivos legais que garantem essa prioridade, é importante resgatar a Lei nº 13.146, de 2015, que aprova a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência no Brasil (LBI), que em seu artigo 9º prevê atendimento prioritário às pessoas com deficiências em todas as instituições e serviços públicos.

Além disso, a Portaria nº 58 de 03 de junho de 2016, regulamentou o atendimento prioritário para famílias com diagnóstico de SCZV na avaliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Afora essa, nenhuma outra medida legal foi criada estabelecendo atendimento prioritário a essas crianças. A prioridade determinada pela LBI estende-se a todos os deficientes, e neste contexto, a criança com SCZV pode não ser o usuário/

paciente mais necessitado de atendimento em saúde em um determinado momento". Essa Portaria mencionada foi posteriormente revogada com a Portaria do Ministério da Cidadania nº 754, de 31 de março de 2022.

Destaque para a seguridade social brasileira que é estruturada pela Constituição da República, com fundamento na união das áreas da saúde, previdência e assistência social e que a falta de articulação entre estas instituições que executam tais políticas públicas provocam maiores desafios para o alcance da integralidade.

Cabe-nos ainda destacar que a mudança de atenção dedicada a essas crianças – atendimentos e resolubilidade relativamente rápidos durante o auge da epidemia *versus* demora em filas de espera e baixa resolubilidade na ausência de novos casos –, podem reforçar uma ideia de desamparo e aumentar frustrações e aflições nessas famílias, já bastante fragilizadas, o que vem, muitas vezes, interferir na acessibilidade aos serviços.

Todavia Donabedian (1973) se reporta à acessibilidade geográfica, aquela que é um elemento importante para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso. Giovanella e Fleury (1995) complementam a definição de acessibilidade como a relação entre o local onde o serviço é ofertado e a localização dos usuários, levando em consideração aspectos como a distância entre eles, recursos para transporte e custos de deslocamento.

Uma situação visível e referendada pela maioria dos participantes (profissionais e responsáveis) como a principal dificuldade para acesso aos serviços de saúde, diz respeito à acessibilidade, explícita a seguir:

> *[...] para você ter ideia, meu filho conseguiu equoterapia em São José, mas eu não tenho como levar ele porque eu não tenho carro. Eu não tenho como pegar um ônibus com meu filho, meu filho é do meu tamanho. Então meu filho está sem fazer equoterapia por causa de falta de transporte* (R2).

> *A dificuldade de transporte. Quem mora em outro distrito, imagine você sair cedo com uma criança no colo, de ônibus, no frio, na chuva* (P5).

Entretanto, apesar de crianças com SCZV e seus responsáveis disporem de um passe que confere gratuidade em transportes públicos, a Secretaria de

Saúde de Feira de Santana disponibiliza ainda um carro para o transporte das crianças para realização de serviços intermunicipais. Uma situação que nem sempre se encontra disponível. Mas, existe ainda um outro serviço de transporte intramunicipal, fornecido pela mesma Secretaria de Saúde, encarregado de levar as crianças para os serviços de saúde do município, apesar de apresentar algumas limitações: *"O carro do passe pega em casa e leva para fisioterapia, para TO, aonde for; e deixa em casa de novo. O carro do passe não atende todo mundo e o carro geralmente só pega quem é cadeirante"* (P5).

Ressaltamos que nenhuma das crianças cujos responsáveis foram entrevistados dispunham de cadeira de rodas. Responsáveis e profissionais de saúde têm feito esforços para conseguirem as cadeiras para as crianças com SCZV: *"Agora a gente está tentando organizar para brigar. Porque assim, as crianças estão crescendo, estão pesadas, precisam de cadeira de rodas, precisam de cadeira de banho, né?"* (R2); *"É a nossa luta com [nome da paciente], a cadeira de rodas, porque ela só pode dar entrada no carro do passe se ela tiver a cadeira de rodas"* (P5).

Em contradição, o artigo 46 da LBI (Brasil, 2015) determina que o direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, a partir da identificação e da eliminação de obstáculos e barreiras ao seu acesso.

Ademais, não podemos deixar de mencionar as barreiras sociais, também conhecidas como atitudinais. Segundo Miranda (2010), tais barreiras são os juízos, comportamentos, olhares e conceitos errôneos da sociedade em relação às pessoas com deficiência em todos os níveis. Elas são discriminatórias e capazes de excluir essas pessoas do convívio social, aqui claramente explícita na fala, a seguir:

> *Essa coisa de 'olhar de pena' é o que me irrita. É eu sair de casa que as pessoas ficam nesse abuso. Aí querem passar a mão na cabeça, fazer oração. Toda vez que eu vou sair é um tormento; eu saio porque tem que trazer, eu sei que vai fazer bem para ela, mas ó, me incomoda. Eu quero sair, fazer minhas coisas e voltar para casa em paz, mas toda vez é uma 'presepada'* (R3).

De acordo com Miranda (2010), o acesso das pessoas com deficiência aos sistemas de transporte urbano tem sido associado fortemente à adaptação dos veículos, tendo como símbolo o acesso do usuário de cadeira de rodas, por meio de elevadores. Tal visão impede uma abordagem adequada do problema ao desconsiderar outros tipos de deficiências existentes e suas necessidades específicas, como explicitada na fala da R4*: "[...] se o ônibus vem cheio eu não tenho como pegar. Não é nem porque não vão me dar lugar, porque as pessoas até levantam e deixam a gente se sentar. Mas o barulho, o calor, faz ela passar mal, sabe?"*.

Inadequação ou ausência de transportes públicos são elementos impactantes que interferem no atendimento dessas crianças se considerarmos o absenteísmo, ou até mesmo o abandono, em serviços e práticas terapêuticas. A estrutura urbana, com calçadas irregulares e/ou escorregadias, também são obstáculos a serem enfrentados por mães e responsáveis de crianças com SCZV, que, não dispondo de cadeira de rodas, precisam se deslocar pela cidade carregando seus filhos no colo, alguns deles com sobrepeso.

Ademais, a dificuldade de deslocamento tem sido sentida não só por usuários dos serviços, mas também por profissionais de saúde, que não dispõem de transporte que possibilite o acompanhamento domiciliar dessas crianças:

> *É preconizado o usuário vir ao posto de saúde, e as vezes ele não pode vir, devido a questão financeira ou a questão da distância, não ter transporte. Mas também a unidade de saúde é preconizado fazer visitas ao usuário e as vezes o profissional de saúde não tem o carro disponível para fazer essa visita. Ou ele vai a pé, se for próximo ou ele vai com seu próprio transporte para fazer visita a domicílio. Então fica esse entrave. A Secretaria em si tem carro disponível algumas vezes para fazer a visita e algumas vezes não tem. E o usuário não tem transporte, por isso restringe a ficar em casa sem o atendimento* (P1).

> *Nós ficamos dois meses sem acompanhamento com ela: um porque ela viajou um mês, outro porque a secretaria estava sem carro. Aí nós decidimos não ir mais nos nossos carros. Desde o início do ano nós não fazemos visitas mais no nosso carro, porque teve colegas que tiveram situações de assalto* (P2).

A mediação entre os direitos assegurados nos marcos legais e sua efetivação pelo Estado é contraditória, já que este direciona a intervenção conforme as demandas do capital; isso significa direção oposta aos interesses da classe trabalhadora, excetuando-se pela oferta, em geral restrita, de políticas e programas sociais. Ainda assim, o Estado caracteriza-se como interventor pontual frente às demandas sociais uma vez que atua sobre efeitos da questão social e não sobre suas causas fundantes, mas tem papel do fundamental, já que não se constitui em mera entidade, mas na expressão de interesses dominantes. O Estado estabiliza minimamente o tensionamento de entre os necessitados e os detentores do capital.

Estudo de Rodrigues (2016) afirma que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde estão associadas ao agravamento de indicadores de morbimortalidade, além de alterar a dinâmica do sistema de saúde de uma região. Entendemos assim que tal realidade tem impacto negativo na saúde infantil, uma vez que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, sobretudo nos primeiros anos de vida, é essencial para prevenção de doenças e o desenvolvimento cognitivo dessa população (Brasil, 2012). Uma realidade que precisa de atenção, especialmente da gestão para que haja uma adequação desses serviços no sentido de dar respostas às necessidades demandadas por essas crianças.

A acomodação ou adequação funcional compreende a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar usuários e a capacidade dos usuários acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos (Giovanella; Fleury, 1995).

Nesse contexto, tanto usuários como profissionais salientaram a fragmentação existente entre os serviços, em que os atendimentos ocorrem sem integração, a fisioterapia não está integrada com a neurologia, prejudicando a integralidade da atenção. Compreendemos, portanto, que a integralidade é essencial para "conectar" esses espaços assistenciais no circuito que cada indivíduo percorre, evitando assim burocracias, encaminhamentos e práticas desnecessárias, melhorando a atenção dedicada a essas crianças.

Outrossim, observamos que a estrutura atual da Rede, não está adequada para o manejo clínico das condições apresentadas por crianças com SCZV na medida em que se apresenta como um sistema fragmentado que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada.

Quando nos remetemos à questão da capacidade financeira, citamos Giovanella e Fleury (1995) que analisaram a relação entre os custos do serviço e suas ofertas. Como nesta pesquisa não foram entrevistados gestores, entendemos que não dispomos de informações suficientes para analisar a capacidade financeira dos serviços de saúde de Feira de Santana para lidar com crianças com SCZV, no entanto, convém destacar a ausência de recursos materiais e capacitação técnica referidas por profissionais envolvidos no cuidado das crianças com SCZV.

Particularmente, quanto à capacitação, dentre os profissionais de saúde entrevistados, apenas dois participaram de capacitações:

> *A Secretaria [de Saúde] fez a seleção de alguns profissionais, teve uma capacitação em Salvador que veio pela Unicef. O que aconteceu nessa capacitação: Lá no Paraná eles viram que tinham muitas crianças, não só de microcefalia, nosso alvo no curso foi a microcefalia, mas eles abordaram outras patologias também, que tinham mães e pais que não tinham acesso ao tratamento. E aí o que foi que eles fizeram? Criaram um kit simples para trabalhar a propriocepção dessas crianças. [...] Essa capacitação que eles fizeram lá, vendo a quantidade de crianças que tinha aqui na Bahia, fizeram uma parceria com a Unicef e com as prefeituras aqui da Bahia e capacitaram os profissionais para capacitar as famílias a criarem seu kit* (P5).

> *Eu participei pelo Zika LAB em Salvador. Foi uma experiência valiosa, aprendemos muito. Vimos outras crianças e também associações que estavam presente e lá demonstraram alguns trabalhos com os pais de como cuidar dessas crianças* (P2).

Tratando-se do Zika vírus e suas repercussões inéditas em crianças, Malta e Merhy (2010) reforçam que as capacitações são imprescindíveis para a condução oportuna desses usuários. Portanto, é preciso repassar ao trabalhador as informações referentes às necessidades específicas dessa população, para permitir a estes identificar e definir vulnerabilidades e riscos, no sentido de ajustar as estratégias de intervenção em cada usuário/paciente.

Outrossim, observamos que as capacitações voltadas para o cuidado de crianças com Zika promovidas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde são ineficazes e ineficientes, na medida que esse processo de educação

do trabalhador tem ocorrido de maneira pontual e espaçada. A ausência de capacitação pode resultar em uso incorreto de práticas terapêuticas, comprometendo o cuidado do usuário/paciente, inclusive verbalizada pelos próprios responsáveis dessas crianças.

> *[...] Por exemplo, eu passei uma época que eu fui para Virgínia, que as meninas daqui conseguiram. Então assim, consegui até com uma certa facilidade, mas o atendimento não era bacana. Era criança misturada com adulto, meu filho deitava numa maca com mais dois adultos* (R2).

> *Logo no início eu passei uma situação que a fisioterapeuta queria colocar ela para fazer exercício com os meninos tudo grande. Minha filha bebezinha ainda, nem abria o olho direito, é obvio que não vai conseguir fazer as coisas que as crianças de quatro ou cinco anos faz, né? Era microcefalia misturada com down, com pé torto, eu tirei logo de lá* (R3).

Atrelada à falta de capacitação, os profissionais de saúde citam também a falta de material, aqui ressaltada numa das falas do profissional de saúde:

> *O material é bem pouco, ainda precisa ter mais material. Como por exemplo, o tatame, que para você atender uma criança com Zika ou especial você tem que dar muita informação a ela, seria bom um tatame, aqui só tem a maca, aí isso restringe um pouco o atendimento. Bola de pilates, as vezes tem unidade que encontra, tem unidade que não encontra, aí o profissional tem que ou trazer seu ou dar seu jeito [...] Aí fica assim: tem a capacitação, mas não tem o material para trabalhar, as vezes tem o material para trabalhar, mas não tem a capacitação. Aí fica um negócio desequilibrado. Quando você tem tudo aí flui melhor. [...] No meu ponto de vista tem que ter o material e a capacitação do profissional para que venha o melhor serviço para o usuário* (P1).

A boa estrutura física de um serviço de saúde influencia positivamente as práticas de seus profissionais, favorecendo sua realização com a qualidade técnica referida. Em contrapartida, de acordo com Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) uma estrutura inadequada traz uma série de prejuízos,

podendo ocorrer, para o usuário, redução do acesso, da resolubilidade, da continuidade da assistência e a não oferta ou oferta incompleta de determinadas ações; para o profissional poderá gerar o comprometimento de sua autonomia, insatisfações, desgastes, conflitos com os usuários e dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade.

Por fim, a aceitabilidade, consiste na relação entre atitudes dos usuários sobre os profissionais de saúde e as características das suas práticas, assim como a aceitação pelos profissionais de prestar serviços àqueles usuários (Giovanella; Fleury, 1995). De maneira mais simples, a definimos como a relação interpessoal entre usuários e profissionais de saúde. O vínculo das responsáveis com os profissionais da equipe trata-se de um dos principais elementos facilitadores para obtenção de acesso profissional, conforme já apresentado e reforçado nas falas de profissional de saúde e de uma responsável: *"O que ajuda é a equipe que trabalha, que acompanha essas crianças. Conhece as dificuldades e tenta resolvê-las. [...] Eu tenho entendido como uma missão, eu não encaro só como um trabalho técnico"* (P3);

> *Ah, para mim o que facilita é elas aqui, né? A equipe aqui ajuda bastante, elas 'tão sempre me lembrando das coisas, conseguindo coisas. Tudo que eu peço aqui eu consigo. E não é só de exame! Fralda, até brinquedo eu consigo aqui, elas são uma benção* (R4).

Neste sentido, entendemos que o vínculo estabelecido entre as famílias e os profissionais de saúde e vice-versa é fundamental e acalentador, especialmente para que essas famílias possam enfrentar a precarização da vida pela epidemia. No entanto, enfatizamos que não é o suficiente: apesar de nas iniciativas individuais das equipes de saúde elas encontrarem carinho e apoio, todavia em relação às políticas sociais, as famílias lidam com o abandono, em particular, da assistência social, saúde e transporte.

PERSPECTIVAS NO ACESSO: DE AMEAÇA GLOBAL AO SERTÃO NORDESTINO

A epidemia de Zika no Brasil e o impacto do vírus no desenvolvimento neurológico fetal surpreendeu a comunidade científica, bem como

profissionais de saúde e gestores. As circunstâncias sem precedentes na literatura demandaram uma pesquisa rápida sobre os aspectos relacionados, sobretudo, a sua patogênese, transmissão, manifestações clínicas, diagnóstico e prevenção, tendo a comunidade científica lidado com o desafio de maneira impressionante, exemplificado nos estudos a seguir:

Morain, Wotton e Eppes (2017) fazem referência a uma pesquisa realizada no PubMed sobre artigos relacionados ao Zika, publicados antes do surto de 2015 no Brasil que gerou menos de 110 resultados. Uma outra pesquisa similar, feita em julho de 2017, gerou mais de 3 mil. A busca pelo conhecimento no intuito de orientar a prevenção e o manejo clínico da doença causada pelo Zika é essencial, no entanto, os autores ressaltaram que esse foco na aquisição de conhecimento ofuscou outra necessidade crítica: garantir que o conhecimento produzido seja disseminado para os envolvidos no cuidado e acompanhamento dessas crianças

Considerando o efeito do Zika vírus no desenvolvimento fetal, essas lacunas são mencionadas pelos referidos autores na aplicação do conhecimento, tornando-se particularmente problemáticas. É importante que o ritmo acelerado da pesquisa sobre o Zika seja acompanhado por uma disseminação igualmente rápida de novos conhecimentos e pela implementação de práticas recomendadas no atendimento clínico.

Assim como toda comunidade científica, a Rede de Saúde de Feira de Santana sofreu com o impacto de uma demanda inédita de seus recursos e rapidamente teve que se organizar para fornecer o cuidado às crianças com SCZV: *"[....] A visão é que foi rápido, por sinal, o que surpreendeu a gente. O município evoluiu muito em relação a isso e muito rápido"* (P5).

> *Por conseguinte, a estratégia utilizada pelo Estado para atender a essas crianças foi adaptar alguns serviços já existentes, conforme relatado na fala a seguir: 'Pegaram o que já tinha no município e tão adaptando ou tentando formalizar para que venha a dar um suporte'* (P1).

Essa estratégia emergencial era compreensível no início da epidemia, em que pouco se sabia sobre a doença e as necessidades apresentadas pelas crianças. No entanto, três anos depois e mais de 3.000 estudos publicados,

nós observamos que a Rede ainda não se organizou devidamente para atender essas crianças. Se no início da epidemia a cidade se estruturou de maneira rápida para suprir a demanda, atualmente, a lentidão para organizar e criar serviços é que impera:

> *Eu acho que dentro dos limites do gestor, ele ta fazendo alguma coisa né. Porque assim, tudo no início é devagar, é um trabalho de formiguinha. Então como tem pouco tempo que surgiram os casos de microcefalia, eles estão trabalhando lentamente* (P2).

Porém, segundo Gómez, Perez e Ventura (2018) a resposta do governo a respeito da referida síndrome concentrou-se basicamente em três pilares: combate ao vetor, garantia de acesso à assistência médica a pessoas com SCZV e desenvolvimento de tecnologia e pesquisa.

Os autores ainda complementam que em 11 de março de 2016, no que diz respeito ao combate a seu vetor, foi emitida uma medida provisória do governo destinando R$ 70 milhões às Forças Armadas para que ajudasse erradicar mosquitos, e R$ 300 milhões para que o Ministério da Saúde investisse na compra de materiais e equipamentos para a proteção de gestantes registradas no Bolsa Família.

Quanto a garantia de acesso a saúde, Centros Especializados em Reabilitação (CERs) adicionais foram criados para fornecerem tratamento às crianças afetadas pelo ZIKV. Originalmente eles foram criados com o objetivo de prestar cuidados especiais às pessoas com incapacidades, sendo, inclusive, autorizados a cuidar de crianças com microcefalia.

Em março de 2017, o Brasil possuía 187 CERs – 52 foram inauguradas em 2016 –, com uma taxa anual de custo de R$ 114,3 milhões. O governo prometeu construir mais unidades de CERs e também alocou R$ 10,9 milhões para custear 51 novas equipes para o NASF (Gómez; Perez; Ventura, 2018).

Sustentam ainda os referidos autores no que se refere ao investimento do governo brasileiro no desenvolvimento de pesquisa em março de 2016 foram destinados R$ 50 milhões para pesquisa e, em julho de 2016, o governo publicamente anunciou que R $ 65 milhões estariam disponíveis para pesquisa voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento do Zika.

Todos os três pilares da estratégia política mencionados por Gómez, Perez e Ventura (2018) compartilham uma característica comum: seu planejamento e desenvolvimento são fragmentados e diluídos. Por isso, esforços para controle vetorial, melhorias no acesso à assistência médica e o financiamento da pesquisa não podem ser aumentado com ações e recursos esporádicos; eles exigem um projeto claro, acompanhado de provisão suficiente de recursos e cronogramas.

No entanto, para Albuquerque e demais autores (2019), a resposta do governo ao Zika foi em grande parte moldada pela Emenda Constitucional nº 95/2016, aprovada pelo governo Temer, que ordenou o congelamento dos gastos federais em 20 anos, trazendo impactos na saúde e educação. Uma Emenda Constitucional que, de acordo com Reis e outros (2016), desconsidera as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional e transição demográfica, da necessária expansão da rede pública para cobrir vazios assistenciais, além de desvincular os gastos sociais de qualquer possível crescimento de receitas nos próximos 20 anos.

> A previsão é de que as despesas desses dois setores cairão de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2015 para 2,7% em 20 anos (Rossi; Dweck, 2016). Contudo, de acordo com Vieira e Benevides (2016) é possível esperar ainda maiores dificuldades de acesso, principalmente nos Estados mais pobres que mais dependem das transferências federais para financiamento da saúde.

Ademais, para Vieira e Benevides (2016) não se pode deixar de mencionar a provável repercussão sobre os programas preventivos: a pressão da demanda dificulta o corte de despesas nos serviços de urgência e emergência e pronto atendimento. Em uma situação de restrição orçamentária importante, é provável que as ações e serviços de prevenção e promoção à saúde sejam mais afetados, o que não é uma boa escolha em saúde pública.

A antropóloga brasileira Débora Diniz publicou no ano de 2016, em meio a um cenário de emergência sanitária pela epidemia do Zika, o livro *Zika: do sertão nordestino à ameaça global*. Atualmente, a atenção destinada ao Zika tem feito o caminho contrário: de ameaça global ao sertão nordestino. Estamos no momento seguinte do fim da epidemia no Brasil, as

crianças acometidas e suas famílias vivem agora uma narrativa considerada superada pelas políticas de saúde.

Contraditoriamente, em relação a essa afirmação, temos as falas dos participantes deste estudo, tanto de uma responsável quanto de um profissional de saúde:

> *Vai cair no esquecimento. Porque é daí para piorar. Porque assim, no ápice da coisa, quando aconteceu o Zika vírus há três anos, até a cobertura de divulgação... hoje em dia você não vê mais nada. Vai cair, vai virar estatística, está caminhando para isso* (R2).

> *No começo eu acho que era até mais fácil, os holofotes estavam ligados, depois caiu no nível de acomodação. A gente sabe que os resultados que essas crianças terão são poucos, mas por respeito às famílias, a gente deve continuar* (P3).

Responder de maneira eficaz as doenças que estão surgindo requer não apenas uma rápida pesquisa científica e clínica, mas também uma eficaz disseminação e implementação de resultados de pesquisas na prática clínica. Considerando as implicações do Zika no desenvolvimento infantil, não podemos nos dar ao luxo de esperar 17 anos para que a prática mude. Se quisermos proteger a saúde das populações atuais e futuras, não há tempo para atrasos (Morain; Wootton; Eppes, 2017). Se houve urgência para a garantia de direitos sob a declaração nacional de emergência para a epidemia de Zika, agora precisamos entender que há urgência sobre os efeitos de uma tragédia humanitária que, facilmente, poderá ser esquecida (Diniz, 2016).

Mas, finalmente em 11 de maio de 2017 (Brasil, 2017b), as famílias com crianças afetadas pelo Zika foram informadas do "fim" da epidemia pelos noticiários nacionais. O Ministério da Saúde do Brasil decretou o fim da emergência para a epidemia do vírus Zika.

Em 2020, passaram a ter direito ao Benefício de Prestação Continuada a criança nascida entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019, que tenha Síndrome Congênita do Zika Vírus (Brasil, 2020). Esse benefício especial da Síndrome Congênita do Zika Vírus é mensal, vitalícia e intransferível, no valor de um salário-mínimo.

RESPOSTAS AINDA NO AR...

O estudo mostra que ainda existem muitos desafios a serem vencidos para a obtenção do acesso aos serviços de saúde por crianças com Síndrome Congênita Associada ao Zika Vírus em Feira de Santana. Facilidades e dificuldades foram identificadas em todas as dimensões específicas do acesso: disponibilidade, acessibilidade, acomodação/adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

A condição de emergência da SCZV criou um ambiente de expansão, ainda que passageiro, trazendo algumas facilidades como a criação de novos serviços, construção de protocolos para manejo da SCZV e concessão de benefícios sociais.

A lista de dificuldades, no entanto, é mais extensa: fragmentação da rede, ausência de recursos materiais, baixo investimento em capacitação profissional, além de inadequação urbana e políticas sociais insuficientes.

No entanto, no auge da epidemia pudemos acompanhar a forte mobilização da comunidade científica de todo o mundo em relação a SCZV. Progressos notáveis foram feitos em curto período, com esforços direcionados, sobretudo à compreensão dos mecanismos imunopatológicos, o desenvolvimento de ferramentas diagnósticas, pesquisa de vacinas e formas de controle vetorial.

Pouco mais de quatro anos após a epidemia de Zika vírus no Brasil, entretanto, uma pergunta permanece sem resposta: como reorganizar os serviços de atendimento do SUS e dos seus aliados para atenderem às crianças afetadas e suas famílias?

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. *Health Policy And Planning*, Oxford, v. 34, n. 7, p. 499-507, 2019. Disponível em: https://academic.oup.com/heapol/article/34/7/499/5542773. Acesso em: 8 jan. 2020.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 mar. 2018.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. O projeto de pesquisa. *In*: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do N. (ed.). *Pesquisa*: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2010. p. 139-146.

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (Feira de Santana). Área de atuação. *APAE*, Feira de Santana, c2023. Disponível em: https://apaefeiradesantana.org/. Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 16 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 1855-1859, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 127, p. 2 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança*: crescimento desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf. Acesso em: 6 mar. 2018.

BRASIL. Portaria nº 58, de 3 de junho de 2016. Dispõe sobre ações articuladas das redes de Assistência Social e Previdência Social na atenção às crianças com microcefalia para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 55, 6 jun. 2016.

BRASIL. Portaria nº 754, de 31 de março de 2022. Revoga expressamente portarias já revogadas tacitamente ou cujos efeitos se exauriram no tempo. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 31-32, 1 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.682, de 30 de julho de 2017. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativa o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 jul. 2017b.

BRASIL. Resolução nº 10, de 14 de julho de 2016. Flexibiliza o atual critério de renda per capita adotado na concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 jul. 2016.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.

EICKMANN, S. H. *et al.* Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1-3, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/cgswQR9v9468kLnz7ffVLdv/. Acesso em: 8 jan. 2020.

FEIRA DE SANTANA (BA). Secretaria Municipal de Saúde. *Situação epidemiológica dos casos de chikungunya, dengue, vírus Zika e microcefalia*. 9. ed. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. Boletim Epidemiológico. Disponível em: http://www.feiradesantana.ba.gov.br/sms/arq/Boletim_Epidemiologico.pdf. Acesso em: 10 mar. 2018.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Políticas de Saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

GÓMEZ, E. J.; PEREZ, F. A.; VENTURA, D. What explains the lacklustre response to Zika in Brazil? Exploring institutional, economic and health system context. *Bmj Global Health*, [*s. l.*], v. 3, n. 5, p. 1-6, 2018. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/3/5/e000862. Acesso em: 10 jan. 2020.

LOURENÇO, J. *et al*. Epidemiological and ecological determinants of Zika virus transmission in an urban setting. *eLife*, [*s. l.*], p. 1-25, 2017. Disponível em: https://elifesciences.org/articles/29820. Acesso em: 25 jul. 2020.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. *O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes*: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação,

Botucatu, v. 14, n. 34, p.593-606, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 set. 2020.

MARTINES, R. B. *et al*. Pathology of congenital Zika syndrome in Brazil: a case series. *The Lancet*, Barcelona, v. 388, n. 10047, p. 898-904, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27372395/. Acesso em: 11 maio 2020.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2006. p. 39-64.

MEHRJARDI, M. Z. *et al*. Neuroimaging findings of Zika vírus infection: a review article. *Japanese Jornal of Radiology*, [*s. l.*], v. 34, n. 12, p. 756-770, 2016. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11604-016-0588-5#:~:text=The%20main%20neuroimaging%20findings%20in,extra%2Daxial%20CSF%20spaces%2C%20dysgenesis. Acesso em: 23 maio 2020.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O. *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIRANDA, S. C. F. *Como está o transporte em salvador? Análise da qualidade do sistema de transporte coletivo por ônibus através da percepção das pessoas com deficiência*. 2010. Dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental Urbana) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MORAIN, S. R.; WOOTTON, S. H.; EPPES, C. A Devastating Delay – Zika and the Implementation Gap. *New England Journal Of Medicine*, Waltham, v. 377, n. 16, p. 1505-1507, 2017. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1707273. Acesso em: 4 set. 2020.

PEDROSA, I. de C. F.; CORRÊA, Á. C. de P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-63, 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.13288. Acesso em: 8 dez. 2021.

PEREZ, S. *et al*. Confirmed case of Zika virus congenital infection, Spain, March 2016. *Eurosurveillance*, [*s. l.*], v. 21, n. 24, p. 1-4, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27336620/. Acesso em: 9 fev. 2021.

POSSAS, C. *et al*. Zika puzzle in Brazil: peculiar conditions of viral introduction and dissemination – A Review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 112, n. 5, p. 319-327, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/mioc/a/pfQCQspL9QhhWMMDbLFD9qH/?lang=en Acesso em: 8 set. 2020.

REIS, A. A. C. dos *et al*. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do sus. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 122-135, 2016. Npumero especial. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kYPzVLX9DKpxWtWJgKKTtgS/. Acesso em: 4 ago. 2021.

RODRIGUES, M. A. F. R. do A. *Fatores associados às dificuldades de acesso aos serviços de saúde infantil em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP*: contribuições da Coorte BRISA. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1-5, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/jXPKhnYnvR4BtZ4LcHDkm4M/. Acesso em: 9 ago. 2021.

SANTANA, J. S. da S. O projeto de pesquisa. *In*: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. DO N. (ed.). *Pesquisa:* métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2010. p. 69-86.

SARNO, M. *et al*. Progressive lesions of central nervous system in microcephalic fetuses with suspected congenital Zika virus syndrome. *Ultrasound In Obstetrics & Gynecology*, Oxford, v. 50, n. 6, p. 717-722, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27644020/.Acesso em: 9 ago. 2021.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Cole*tiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/.Acesso em: 25 ago. 2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. F. de S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2006. Nota Técnica, n. 28.

SOBRE OS AUTORES

IRENE DO NASCIMENTO MILCENT

Médica pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Residente em Pediatria no Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. *E-mail*: nascmilcent@gmail.com

JULIANA ALVES LEITE LEAL

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS). Docente na Graduação em Enfermagem da UEFS, e na pós-graduação, no Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE/UEFS), no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC/UEFS) e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Líder e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: julianaleal@uefs.br

CAPÍTULO 8

(DES)ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
INFLUÊNCIA NO ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO

Juliana Alves Leite Leal
Vallesca Ihasmim Oliveira Chaves

INTRODUÇÃO

Os direitos do homem constituem uma classe variável de acordo com a história dos últimos séculos, seu elenco modificou-se e continua a se modificar de acordo com a mudança nas condições históricas, dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização destes, das transformações técnicas. Os direitos do homem são, indubitavelmente, um fenômeno social, seu reconhecimento e proteção estão na base das constituições democráticas modernas (Bobbio, 2004).

A política de austeridade nas ações sociais, privatização e desregulamentação atribuída à lógica de que o estado mínimo, o ajuste fiscal e a financeirização dos serviços tornaram-se o contraponto para o desenvolvimento econômico, tendo-se visto cotidianamente a redução dos investimentos nas políticas sociais – compreendida como direito coletivo que assegura condições para que as pessoas possam viver com dignidade. Dessa forma, tempos difíceis e sombrios com a regressão dos direitos sociais tornando-se uma ameaça constante, anunciam a necessidade de reflexão e ação acerca dos propósitos e valores no que tange o direito à saúde, que se fragiliza cotidianamente (Nunes; Rocha; Fernandes, 2019).

As pessoas com transtornos mentais geralmente são mais vulneráveis a abusos e violações de direitos humanos e liberdades básicas, assim como podem sofrer negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. A legislação de saúde mental deve ter como objetivo promover os direitos das pessoas com transtornos mentais como pessoas e como cidadãos (Organização Mundial de Saúde, 2005).

No Brasil, por meio da Reforma Psiquiátrica, a atenção à saúde mental passou do hospital para a comunidade, com a desconstrução de saberes, aplicando novas formas de assistência, tendo a comunidade como *locus* preferencial (Quinderé; Jorge; Franco, 2014).

Especialmente para compreender o acesso da população aos cuidados em saúde mental, tomamos como categoria central o direito à saúde no cotidiano das pessoas, relacionado à capacidade de um grupo buscar e obter atenção à saúde, avaliando a disponibilidade dos recursos de saúde, a capacidade de produção desses recursos, as resistências do serviço à busca e obtenção da atenção (Giovanella; Fleury, 1996).

Diante desse contexto, compreendemos o acesso aos serviços como uma tecnologia da produção do cuidado complexa que representa como está organizado o serviço de saúde de determinada região e revela a realidade de como está estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a garantia do direito à saúde, assegurado na Carta Magna Brasileira de 1988 (Brasil, 1988).

Esse acesso aos serviços e sistemas de saúde tem sido foco de estudos (Assis; Jesus, 2012; Assis; Almeida, 2014; Silva *et al.*, 2000; Travassos; Martins, 2004), devido a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consultas, longo tempo de espera para a consulta já agendada, dificuldades para encaminhamentos e avaliação com especialistas, bem como insuficiência ou ausência de pontos de atenção na rede de saúde para atender às necessidades dos usuários.

Diante dessa realidade, questionamos como ocorre o acesso dos usuários à rede de saúde mental no município de Alagoinhas – BA, na perspectiva da garantia do direito universal à saúde, com o objetivo de analisar o acesso à rede de saúde mental como direito neste município.

O interesse por esse objeto de estudo foi motivado a partir da observação, na prática profissional, de como ocorre o acesso do usuário ao serviço

especializado de saúde mental e de como são organizadas as práticas no sentido de garantir o direito à saúde do usuário do serviço, sendo corroborado pelas leituras prévias e pelo panorama atual com discussões acerca do acesso aos serviços de saúde.

Este estudo teve a perspectiva de contribuir para ampliação da produção do conhecimento sobre o acesso à saúde como direito na perspectiva da saúde mental, buscando conhecer a realidade sobre como ocorre o acesso das pessoas com doenças mentais ao serviço de saúde mental no município de Alagoinhas, almejando auxiliar na atenção integral à saúde mental, numa forma de garantir uma assistência de maneira contínua, integral e resolutiva para essa população, compreendendo as concepções da garantia do direito à saúde como direito humano universal.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Assim por meio de um estudo qualitativo exploratório, que possibilita uma aproximação maior com a realidade estudada, para uma compreensão de como o fenômeno acontece no cotidiano das práticas desenvolvidas, buscando compreendê-la na sua integralidade de sentidos e significados, levando-nos à uma análise crítica, extraindo contradições, negações e mudanças, com a finalidade de atingir uma maior compreensão da realidade, desenvolvemos um estudo no município de Alagoinhas – BA, localizado na microrregião nordeste do estado baiano. Sua rede de atenção à saúde conta hoje com 33 equipes de Atenção Básica (AB) atuando na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma unidade básica de saúde, uma policlínica (em que fica localizado o ambulatório de saúde mental), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, uma unidade de reintegração funcional, uma maternidade, um centro de atenção ao diabético/hipertenso, um centro de atendimento ao portador de anemia falciforme, três centros de especialidades odontológicas, um laboratório municipal e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Essa rede tem uma pactuação com 18 cidades da microrregião nordeste (Alagoinhas, 2016).

Para coletar os dados usamos as técnicas de entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise documental. Analisamos os dados pelo método da hermenêutica-dialética, que proporciona o entendimento do

texto, da fala e do depoimento como resultado de um processo social e de um processo de conhecimento numa abordagem crítica (Minayo, 2014).

Nessa perspectiva, foram utilizadas as seguintes etapas para análise dos dados coletados, adaptado dos autores Assis e Jorge (2010), salientando que as etapas se relacionam entre si, sendo apresentadas separadamente apenas para maior clareza e didática: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final dos dados. Para melhor elucidar as etapas da análise de dados pela hermenêutica-dialética, utilizamos o fluxograma analisador abordado pelas autoras Assis e Jorge (2010):

Fluxograma 1 – Analisador – desenvolvimento da análise Hermenêutica-dialética

Fonte: Assis e Jorge (2010, p. 155).

Os participantes do estudo foram as equipes que compõem a rede de atenção à saúde mental do município de Alagoinhas, gestores do município e usuários desses serviços, num total de 17 participantes, sendo que para sua definição foi utilizado o critério de saturação dos dados, que levou à interrupção da coleta. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados em entrevistado usuário (EU), entrevistado gestor (EG) e entrevistado profissional (EP).

Uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo, preocupando-se menos com a generalização e as generalidades e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão. O que precisa prevalecer na pesquisa qualitativa é a certeza do pesquisador, de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo em todas as suas conexões e interconexões (Minayo, 2017).

Ressaltamos que esta pesquisa seguiu as normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016), tendo a coleta de dados iniciada após emissão do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana quanto a aprovação da pesquisa no que concerne aos aspectos éticos, com número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 03616818.0.0000.0053. Os participantes do estudo também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisamos a conformação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Alagoinhas e como sua estrutura está intrinsecamente relacionada ao acesso dos usuários à rede de saúde mental na perspectiva do direito à saúde.

Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde constituem uma maneira de organizar o sistema de atenção à saúde de forma integrada que responda às condições de saúde da população, baseadas em ações com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade. Portanto, um conjunto de serviços de saúde, vinculados por uma missão única, com objetivos

comuns e com uma ação cooperativa e interdependente, ofertando uma atenção contínua e integral a determinada população, objetivando melhorar a qualidade da atenção à saúde e a qualidade de vida dos usuários, ou seja, na perspectiva da produção do cuidado.

Na abordagem de Assis, Nascimento e Franco (2010), a produção do cuidado é compreendida como os dispositivos para alcance do cuidado em saúde universal, igualitário e equânime, numa ótica integral, corresponsável e resolutiva. Esses dispositivos são listados em: integralidade, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização, formação profissional e resolubilidade.

Para compreensão das redes de atenção à saúde, o acesso é a dimensão com conceito complexo, empregado de forma variada entre os autores, representando uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde (Assis; Nascimento; Franco, 2010).

Atualmente, a RAPS do município de Alagoinhas revela-se estruturalmente centrada no serviço do CAPS e do ambulatório de saúde mental, sendo o CAPS a principal porta de entrada da rede e o organizador dos fluxos de encaminhamento especialmente pelas demandas espontâneas e na maioria dos casos os pacientes chegam ao serviço pela demanda espontânea e passam por uma escuta qualificada (triagem), em que, após identificada as demandas individuais de cada usuário, são admitidos no serviço CAPS ou encaminhados para outros serviços (ambulatório de saúde mental, na sua maioria).

O CAPS também recebe um quantitativo significativo de encaminhamentos da Atenção Básica, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e Defensoria Pública, mas os pacientes também passam pela triagem.

Particularmente, o ambulatório de saúde mental também concentra um número de atendimentos psiquiátricos, contando com equipe composta por três psiquiatras e uma psicóloga. É também nesse espaço que são realizadas as consultas psiquiátricas acordadas na pactuação com municípios da microrregião nordeste.

Observamos os encaminhamentos e fluxos dos usuários em sofrimento mental, bem como, seus itinerários terapêuticos na busca por um atendimento psicossocial, e nessa oportunidade vimos percebemos uma

rede fragilizada[1], com serviços sobrecarregados e demanda crescente pela atenção psicossocial, sobretudo, na perspectiva da especialidade, voltada para o atendimento na figura do médico psiquiatra, em consonância com o modelo de atenção à saúde biologicista.

Para Merhy (2002), esse é um modelo de saúde ainda com ações em saúde focadas no paradigma biomédico, compartimentalizados com intervenções fragmentadas por especialidade e divisões do trabalho, valorizando o saber técnico e as práticas em saúde procedimento-centradas, não situando a corresponsabilidade usuário, trabalhador e gestor do SUS.

Outrossim, em agosto de 2017, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas idealizou a descentralização dos atendimentos psiquiátricos, em que os casos clínicos considerados 'leves' fossem conduzidos pela Atenção Básica nas equipes dos Programas de Saúde da Família (PSF) com avaliação com especialista a cada seis meses; os casos "moderados" seriam atendidos no ambulatório e os casos "severos e persistentes" fossem conduzidos pelo CAPS. Nessa perspectiva, o planejamento inicial objetivou organizar uma rede, que a princípio se mostrava fragilizada e com sobrecarga dos serviços. Porém, a fala a seguir traduz uma contradição dessa "descentralização".

> *Essa descentralização é uma queixa minha e de vários colegas mesmo, várias pessoas que eu conheço já sentaram comigo para falar que isso que eles fizeram, eles fizeram essa descentralização, mas não fizeram a ficha de referência e contra-referência, então o paciente que era atendido pelo CAPS e eu estou atendendo agora*

1 Por rede "fragilizada", utilizamos a ideia dos autores Lima e Guimarães (2019) que discutem as dificuldades da RAPS: desarticulação entre a atenção especializada e atenção básica seja por preconceito dos profissionais, seja por dificuldades de comunicação ou por desconhecimento sobre os fluxos assistenciais agravado pela incipiência dos esforços de aproximação entre os serviços; pouca flexibilidade nos fluxos assistenciais, cristalizando a construção de trajetos assistenciais mais dinâmicos; falta de sistematização para as trocas de informações sobre os usuários e para os encaminhamentos dentro da rede; intervenções fragmentadas e pouco flexíveis; dificuldades políticas, inclusive desinteresse pela saúde mental e precarização dos vínculos trabalhistas. De maneira geral, confirma-se a constatação de redes que privilegiam articulações funcionais entre os equipamentos que pouco se comunicam com os territórios em que vivem os usuários, em um *modus operandi* hegemônico que tem na rede o lugar de oferta técnica de cuidado, em uma tendência ao isolamento temático e à supervalorização dos serviços especializados.

> *aqui pelo PSF chega para mim sem esse relatório, sem nada para ser acompanhado por mim. Então eles não deram isso, essa descentralização aconteceu de forma abrupta, precipitada e sem nenhuma organização de fluxo, sem uma reunião prévia com nós médicos do PSF e os psiquiatras do CAPS, para organizar isso [...]* (EP 1).

Tivemos oportunidade de observar que nos serviços do PSF o atendimento dos usuários descentralizados não tem uma organização prévia dessa demanda, em consonância com a fala anterior do profissional de saúde. A fala a seguir reforça que houve uma resistência por parte dos profissionais e, sobretudo, por parte também dos usuários, que preferiam continuar sendo atendidos pelo especialista, corroborando a ideia da soberania do modelo assistencial biomédico: *"Eles preferem ficar lá pelo CAPS mesmo, a questão do especialista [...]"* (EP 2).

Desde então, essa rede municipal está estruturada em um serviço CAPS que centraliza a atenção à saúde mental, num processo de "capsização" da rede, em consonância com o que alerta Amarante (2003) concebe a "capsização" do modelo assistencial, em que a atenção à saúde mental seria norteada num modelo "espaçocêntrico" situado no CAPS, onde a reforma psiquiátrica seria reduzida à implantação desse serviço frente à uma rede substitutiva comunitária.

Entretanto, a RAPS do município ainda é fragmentada, mesmo com a tentativa de descentralização proposta pela gestão para que houvesse melhor fluxo dos usuários e organização dessa demanda, que ainda é reprimida. Ao observamos a dinâmica dos serviços, fica perceptível a grande parte da demanda sendo inicialmente atendida no CAPS, uma demanda espontânea que busca o serviço pela necessidade de saúde individual específica, passando por escuta qualificada (triagem) com profissionais do serviço e então são feitos os atendimentos e/ou encaminhamentos, a depender da necessidade de cada usuário.

Quanto ao acesso, inicialmente é facilitado na centralidade do serviço CAPS que abarca a maior parte da demanda espontânea, após o atendimento inicial de escuta. Essa característica do serviço é um ponto facilitador para o usuário em sofrimento mental, com uma proposta de um cuidado humanizado, centrado nas necessidades e demandas do usuário, compreendendo-o na sua integralidade.

Porém essa facilidade acaba tornando o serviço sobrecarregado devido ao grande fluxo de usuários, tomando um caráter ambulatorial, médico centrado, contraditório ao que a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 propõe para os serviços CAPS: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social e acolhimento noturno.

Devido à grande demanda de saúde mental no município de Alagoinhas, os atendimentos são concentrados no CAPS, mesmo os usuários que são encaminhados para outros serviços ou que encontram dificuldades nesses encaminhamentos, acabam retornando ao CAPS e tem seu primeiro atendimento garantido até aguardar a admissão em outros locais. Assim sendo, a rede mantém-se fragilizada, sobrecarregando pontos de atenção, em detrimento da oferta de um serviço com demanda organizada, de qualidade.

Concordamos com Dimenstein, Galvão e Bueno (2009) que a atenção à saúde mental não pode se restringir apenas aos serviços especializados em saúde mental, não bastando empenho apenas na rede substitutiva. É necessário estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de atenção da rede de saúde, devendo as ações de saúde mental seguir o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal, buscando um cuidado integral.

Todavia, a dificuldade de articulação da própria rede é vista nos encaminhamentos dos usuários, com relação aos pontos de atenção: CAPS, ambulatório, atenção básica, SAMU e hospital geral. Observamos uma (des) articulação desses pontos de atenção no que tange ao fluxo e aos encaminhamentos. Nessa lógica observada, o usuário empreende uma busca incessante para obter seu atendimento, impactando na garantia do seu direito à saúde. *"Acesso à saúde mental não é apenas o CAPS ou o ambulatório, parece que problemas de saúde mental são apenas de CAPS. A articulação dos serviços está fragilizada, o acesso está 'capsizado'"* (EP 6).

Apesar de comporem a RAPS, configurada desde 2001 pela Lei nº 10.216 e ratificada na Nota técnica nº 11 de 2019, inclusive com a inclusão de novos pontos de atenção à rede de saúde mental, dispositivos como

SAMU, PSF e hospital geral não se reconhecem como parte integrante de uma rede tão potente quanto a RAPS.

Entretanto, observamos uma tentativa dos serviços em organizar o atendimento do usuário com transtorno mental, no que tange ao primeiro atendimento, às consultas subsequentes e aos encaminhamentos. Porém, mesmo diante dessa perspectiva, a fragilidade da rede, torna esses encaminhamentos e fluxos complexos, com dificuldade na garantia da prestação do cuidado à saúde.

Essa dificuldade de garantia de atendimento nos pontos da rede denota, além do movimento de "capsização" com sobrecarga do serviço, uma atenção básica atuando de maneira pontual nos casos de atenção psicossocial. Na realidade, observamos um atendimento apenas de "renovação de receita", sem de fato haver uma atenção específica demandada aos usuários com problemas mentais. Bem como, um ambulatório também sobrecarregado, com dificuldade de atendimento às primeiras consultas.

O paradigma psicossocial situa a saúde mental na saúde coletiva fortalecido por Dimenstein, Galvão e Severo (2009) pela integralidade, intersetorialidade e territorialidade considerados eixos fundamentais norteadores das práticas e do planejamento em saúde, com uma organização da rede de saúde mental que viabilize a oferta de cuidados no contexto comunitário.

Porém, quando levamos em consideração tais diretrizes, a burocratização para o acesso aos serviços dificulta a prestação de um cuidado integral, efetivo, que consiga abarcar as necessidades de saúde dos indivíduos. Segundo Quinderé, Jorge e Franco (2014), os procedimentos burocráticos do sistema ocorrem de maneira engessada e rígida, sem possibilidade de flexibilização, colocando obstáculos na circulação dos usuários por meio de inúmeros procedimentos que dificultam os atendimentos, com exigências formais enrijecendo o acesso dos usuários aos serviços prestados. O sistema precisa funcionar de acordo com as necessidades de seus usuários, e não em um formato preestabelecida, no qual os usuários é que devem se encaixar. Mediante essa perspectiva é importante o apoio matricial.

Para Campos (1999), o apoio matricial é um arranjo organizacional em saúde no qual uma equipe dispensa apoio especializado a outra equipe, com suporte de profissionais especialista, com uma maior habilidade em um determinado conhecimento, possibilitando a construção de um projeto

terapêutico singularizado para os usuários, subvertendo a lógica burocrática do encaminhamento das referências e contrarreferências, que, na maioria das vezes, costuma ser uma ferramenta de desresponsabilização dos profissionais em relação aos usuários.

No apoio matricial em saúde mental há a construção de um projeto terapêutico, no qual a equipe de referência não apenas está envolvida no caso, mas articula com outros atores, devendo estar interconectados com os demais serviços do sistema de saúde, evitando a fragmentação dos atendimentos.

Portanto, uma articulação entre os serviços de saúde mental e a rede de atenção básica de acordo com Dimenstein, Galvão e Severo (2009) faz-se necessária, na medida em que esse nível de atenção apresenta grande potencialidade de mudar a lógica hegemônica da assistência à saúde, especialmente a de cunho hospitalocêntrico e manicomial.

Concernente à atenção hospitalar, para Machado e Galvão (2003), as internações psiquiátricas em hospitais gerais não são responsáveis pela transformação do modelo assistencial em saúde mental, porém, proporcionam contribuição para o estabelecimento de uma relação de maior aceitação dos usuários com transtornos mentais em espaços de tratamento preferencialmente ocupados por diversas outras patologias clínicas, sendo de extrema relevância por possibilitar uma maior interação com essa população historicamente marginalizada e segregada.

Mesmo com as dificuldades, diante dessa conformação da RAPS de Alagoinhas, destacamos também como pontos positivos, que fortalecem a atenção à saúde mental no município: com dispositivos que contemplam o atendimento psicossocial como o CAPS III mediante o acolhimento noturno; o manejo dos casos graves; a equipe multiprofissional voltada para o atendimento especializado; o ambulatório com a presença de três psiquiatras; e a atenção básica, que mesmo de forma despreparada e com qualificação insuficiente, empreende um olhar voltado para o atendimento psicossocial no município. Outrossim, o acesso é notório em virtude da dificuldade do usuário em transitar pelos espaços de cuidado psicossocial para garantir um acesso facilitado, com uma resistência em encontrar o primeiro atendimento também como um elemento dificultador.

A configuração da rede de saúde mental, no município, ainda é preliminar. Observando-se os fluxos de atendimento e encaminhamentos, a rede ainda é fragilizada, apresenta aspectos de atenção que não se comunicam entre si, sendo ofertado um cuidado em rede fragmentado.

É importante salientar que o cenário psicossocial encontrado no município de Alagoinhas não difere da realidade de outros municípios da microrregião nordeste. Em discussão pelo Grupo Técnico de Saúde Mental do Núcleo Regional de Saúde região Nordeste (do qual uma das pesquisadoras integra), temos uma compreensão que a microrregião conta com um vazio assistencial, a respeito da atenção à saúde mental que impactam sobremaneira nas condições de saúde da população adscrita, com dificuldades inclusive no manejo da crise, o que implica na garantia do direito à saúde, respaldado pela Constituição Federal. Essa RAPS microrregional também fragilizada e fragmentada impacta nos serviços do município de Alagoinhas, visto que este é cidade-polo.

Ademais observamos que a realidade de saúde de algumas cidades circunvizinhas que não contam com o atendimento especializado em psiquiatria (evidenciando muitos vazios assistenciais), ao encaminharem seus usuários para Alagoinhas (na pactuação dos serviços), talvez contribua para ocasionar uma maior sobrecarga destes, mediante a pactuação feita com consultas do médico psiquiatra no ambulatório de saúde mental.

Concordamos com Quinderé, Jorge e Franco (2014) que pela alta complexidade dos problemas de saúde, não há um equipamento ou equipe de saúde que dê conta de maneira isolada da produção do cuidado. Faz-se necessário envolver diversos campos de saberes, pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde, com múltiplos atores sociais implicados com a gestão do cuidado.

A atenção à saúde mental no município de Alagoinhas dispõe de diversas "portas de entrada", numa atuação horizontal, com uma certa aproximação da rede, mas ainda se nota uma dificuldade na conformação desses arranjos para que o cuidado ocorra de forma integral.

Para além da fragmentação do cuidado na RAPS do município estudado, é observada ausência de "pontos" de atenção para crianças, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas. A ausência de políticas voltadas especificamente para essas parcelas da população, em situação de vulnerabilidade,

vem crescendo ainda mais a sua vulnerabilidade, reforçando as lacunas já existentes na assistência.

Ademais para Jorge, Randemark e Queiroz (2006), essa RAPS necessita estar estruturada de uma forma potente visto que o adoecimento psíquico é esquecido pela sociedade, numa alusão ao cuidado asilar. A exclusão social, o estigma e o confinamento dos sujeitos em sofrimento psíquico foram condições defendidas pelas instituições manicomiais, que juntamente com o imaginário da doença mental na sociedade, contribuíram para a perda do valor social do doente, influenciando até os dias atuais como a sociedade lida com as questões relacionadas à saúde mental dos indivíduos.

Concretamente, Aith (2010) reforça que a ideia central de um cuidado à saúde em rede precisa ser a garantia do direito à saúde. Esse direito à saúde compreendido como direito humano fundamental, categorizado de direito social ou direito humano de segunda geração, o que exige do Estado a adoção de ações concretas para promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Como cuidado em rede fragilizado, apresentou-se na realidade estudada, o direito à saúde do cidadão, que é garantido pela Constituição Federal, não é garantido. Nesse sentido, Hartz e Contrandriopoulos (2004) entendem que em face à fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como um atributo inerente às reformas das políticas públicas, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população.

Conforme evidenciadas nas falas e na observação em campo, acreditamos que essa (des)articulação influencia diretamente no acesso ao serviço enquanto garantia do direito à saúde. Uma rede que não articula seus pontos de atenção, poderá ocasionar dificuldades ou barreiras para o acesso dos usuários aos serviços: *"A rede ainda é muito 'esquizofrênica', fragilizada, fragmentada"* (EP 6).

Como uma forma de iniciar a tentativa do resgate do cuidado em rede, pensamos na possibilidade da Educação Permanente (EP) como uma ferramenta da produção do cuidado, no sentido de proporcionar a qualificação dos profissionais de saúde para lidarem com as demandas e com os usuários

em sofrimento mental, referenciada também por esse entrevistado: "*'Reciclagem' com os demais profissionais da área de Psiquiatria, para que possa atender esse paciente*" (EG 1).

Apesar do EG1 falar em "reciclagem", pensamos numa atividade permanente e que leve realmente às mudanças da prática. A educação permanente que em saúde necessita ser compreendida como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde, produzindo conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir das realidades vividas (Ceccim; Ferla, 2009).

Entretanto, concordamos com Freitas e demais autores (2012) que são necessárias qualificações permanentes para realizar mudanças no território que está inserido o sujeito trabalhador de saúde e usuário, utilizando uma pedagogia problematizadora que busque uma qualificação cognitiva e subjetiva. Especialmente na saúde mental, o trabalhador precisa estar preparado para lidar com grupos heterogêneos, incentivar a intersetorialidade e dividir saber e poderes, considerando a complexidade do sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe a realidade de um contexto do usuário, sobre o acesso à rede de saúde mental como direito no município de Alagoinhas, uma vez que esse acesso precisa ser garantido enquanto direito à saúde. Atrelado a isso, assinalamos a necessidade de mudança de práxis para responder às necessidades de saúde dos sujeitos e garanti-las.

A RAPS foi elaborada como uma estratégia para resgate do cuidado integral em saúde mental, numa tentativa de abolir as ações manicomiais existentes no país, com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Com a reforma psiquiátrica, a atenção à saúde mental passa do hospital para a comunidade, desconstruindo saberes e aplicando novas formas de assistência.

A assistência as pessoas em sofrimento psíquico, antes restrita ao modelo hospitalocêntrico, marcada pela ineficácia dos tratamentos e pela violação

dos direitos humanos, passa por uma reorientação do modelo assistencial com redirecionamento do atendimento alicerçado na questão dos direitos humanos, na inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental, após a aprovação da Lei Federal nº 10.216 em 2001, em que trata dos direitos de pessoas em sofrimento mental.

Porém, diante da realidade expressada nas falas e observações do campo de estudo, embora essa tenha trazido conquistas importantes, ainda se fazem necessárias reformulações drásticas e consistentes na legislação cível, penal e administrativa, para que impulsionem novas práticas e conceitos sobre sofrimento mental, capacidade de entendimento/discernimento e ação, cuidado e tratamento, para que os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental sejam garantidos.

Nessa perspectiva o estudo deixou latente que a RAPS, no município, contempla serviços "potentes" de atendimento aos usuários, porém os mesmos não interagem entre si, promovendo uma (des)articulação da rede, um cuidado fragilizado. Daí compreendemos, que a estruturação da rede é relevante para a garantia do direito à saúde dos usuários.

Uma rede fragilizada desestrutura todo um processo de cuidado, dificultando o acesso dos usuários aos serviços. Especificamente na RAPS do município de Alagoinhas, observamos uma "capsização" da saúde mental, em convergência com o panorama nacional, em que os serviços "extra-CAPS" não se reconhecem como parte integrante da RAPS, e desta forma fragilizam o cuidado aos usuários, bem como, dificulta o acesso. Concentrar uma atenção à saúde mental em um único ponto da rede é um elemento dificultador para os usuários, que encontram barreiras para conseguir seu atendimento. Como também, essa visão "capsizada" acaba sobrecarregando um serviço especializado.

Embora, haja serviços de saúde mental "potentes" no município que contemplam o atendimento especializado, ainda existe, concomitante a essa realidade, um vazio assistencial no que tange ao acompanhamento psicoterapêutico, atendimento à crianças e adolescentes, abordagem especializada à álcool e outras drogas, bem como, um atendimento especializado (CAPS e ambulatório) tornando-se insipiente devido à grande demanda dos serviços.

O resgate do matriciamento e a utilização da EP surgem como estratégias para organizar a qualificação da RAPS do município. Portanto, na

tentativa do resgate do cuidado em rede seria utilizando a EP como uma ferramenta da produção do cuidado, proporcionando a qualificação dos profissionais para lidar com as demandas e os usuários em sofrimento mental, bem como o matriciamento para superar a lógica do encaminhamento indiscriminado para a atenção especializada, numa junção da equipe de atenção básica e equipe especializada.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. *In*: SANTOS, L. *et al. Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Ed., 2010.

ALAGOINHAS (BA). Prefeitura Municipal de Alagoinhas. Secretaria Municipal de Saúde. *Conhecendo a SESAU*. Alagoinhas: Prefeitura Municipal de Alagoinhas, 2016. Disponível em: https://www.alagoinhas.ba.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Conhecendo-a-SESAU.pdf. Acesso em: 25 jul. 2017.

AMARANTE, P. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Ed., 2003, p. 45-66.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2880, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. *Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde*: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2014.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. *In*: SANTANA, J. S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do (org.). *Pesquisa*: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2010. p. 139-159.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família*: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: Edufba, 2010.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510/2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. *Resolução nº 466/2012*. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. [Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 69-E, p. 2, 7 abr. 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 4, n. 1, p. 37-48, 2009. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/lil-594151. Acesso em: 1 ago. 2017.

FREITAS, C. H. A. *et al*. Formação e educação permanente e a produção de tecnologias em saúde e inovação do cuidado. *In*: JORGE, M. S. B. *et al*.

Matriciamento em saúde mental: múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2012. p. 153-180.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. *et al. Política de saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliara implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, p. 331-336, 2004. Supl. 2. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dxpwqHjhPkG/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N. F. R.; QUEIROZ, M. V. O. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/WSGRw93kD3F7MnCgqWGfr4k/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 883-896, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QK3J4xBsBVYGNT3ZBJcqhfH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZypXDcfpXxydKVtMgZmHjpd/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 1 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2014.

NUNES, N. R. A.; ROCHA, D. G.; FERNANDES, F. L. O direito a saúde em tempos de austeridade: limites, desafios e possibilidades. *O social em questão*, Rio de Janeiro, ano XXII, v. 44, p. 9-20, 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 1 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Geneva: OMS, 2005. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Livro-de-recursos-da-OMS-sobre-sa%C3%BAde-mental-direitos-humanos-e-legisla%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 28 ago. 2018.

PEREIRA, A. A.; VIANA, P. C. M. *Saúde Mental*. Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2009.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis*: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/7zsMFLdhyQZJF7GmtPBTj6s/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

SILVA, N. N. *et al*. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 44-49, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/7zsMFLdhyQZJF7GmtPBTj6s/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ. Acesso em: 1 ago. 2017.

SOBRE OS AUTORES

JULIANA ALVES LEITE LEAL

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (DSAU/UEFS). Docente na Graduação em Enfermagem da UEFS, e na pós-graduação, no Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE/UEFS), no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC/UEFS) e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Líder e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS). *E-mail*: julianaleal@uefs.br

VALLESCA IHASMIM OLIVEIRA CHAVES

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE - UEFS). Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFBA (ISC - UFBA). Docente na Graduação em Enfermagem/UEFS. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC - UEFS). *E-mail:* viochaves@uefs.br

Este livro foi composto no formato 17,0 x 24,0 cm,
fonte Ashbury e Branding (Texto Principal e Títulos).
Papel miolo Offset 90 g/m2 e
capa Duo Design 250g/m2,
com tiragem de 300 exemplares,
em julho de 2024.
Impressão e acabamento:
Gráfica 3

Este livro é resultado do trabalho coletivo de docentes e discentes da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia. Nele constam resultados de pesquisas que têm o Acesso a Saúde como Direito em Sistemas Universais, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) como temática central. Diante das dificuldades de acesso à saúde de forma integral enfrentadas pela população brasileira, e da discussão global de como estabelecer um parâmetro, ou um nível de prestação à saúde a ser exigido e garantido pelas políticas públicas. Esta coletânea possibilita reflexões sobre a temática, discutindo as dimensões e os desafios para o acesso igualitário e integral.

Financiamento:

CAPES

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado e Doutorado Acadêmico

UEFS Editora

ISBN: 978-65-89524-71-7